



## **SOLICITUD DE RE-EXAMEN**

Fecha de Radicación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno      apellido materno      Nombre

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Fecha en que tomo su último examen: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a tomado el examen? \_\_\_\_\_

**POR LEY ADA TIENE EL BENEFICIO DE SOLICITAR ACOMODO RAZONABLE, EN CASO DE IMPEDIMENTOS.**

Intereso \_\_\_\_\_

No intereso \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de acomodo razonable solicita?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

### **Requisitos:**

1. Certificado de Antecedentes Penales Reciente (NO MAYOR DE SEIS MESES)
2. Una (1) Fotografía reciente tamaño 2x2
3. Giros Postales o Cheque Certificados a Nombre de:
  - \$30. 00 (**Secretario de Hacienda**)
  - (**ATH, VISA, Mastercard**)
4. Dos (2) Sobres Pre-dirigidos con su dirección postal con sello

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

**Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

carmen.torres@salud.pr.gov, (787)765-2929 Ext. 6607