



SOLICITUD DE REEXAMEN

() Tecnólogos Radiológicos () Tecnólogo en Radioterapia

() **EXAMEN TEORICO** () **EXAMEN PRACTICO**

() *2da oportunidad*

() *3ra oportunidad*

() *4ta o más*

FAVOR DE CUMPLIMENTAR TODOS LOS ENCASILLADO. (Llénese a Maquinilla o Letra de Molde)

NOMBRE

COMPLETO: _____
(APELLIDOS) (NOMBRE)

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

_____-_____, _____
(Mes) (Día) (Año) (Pueblo/País)

DIRECCION

POSTAL: _____
_____ P.R. 00 _____

Tel. (cel) _____ - _____ - _____. **EMAIL** _____

Deberá presentar:

- 1.) *Certificado Negativo de Antecedentes Penales de no más de Seis (6) meses de la fecha de radicación de la solicitud.*
- 2.) *Original Certificado de Salud (no más de un año de expedido)*
- 3.) *Presentar un pago de veinte (\$20.00) dólares por ADMISION a examen de reválida mediante un Giro Postal a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA y/ o Sistema de ATH.(No logo).*
- 4.) *Tres sobre con sello DIRIGIDOS PARA USTED*

