



**HOJA DE REEXAMEN
CERTIFICACION DE ESPECIALIDAD**

___POST GRADO ASOCIADO

___BACHILLERATO

❖ **DE HABER TOMADO ANTERIORMENTE EXAMEN DE ESPECIALIDAD APLICA ESTA SOLICITUD, DEBERA SOLICITAR LA CERTIFICACION DE GRADO Y TRANSCRIPCION OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD SOLICITADA**

CERTIFICACION DE ESPECIALIDAD _____

() Tomografía Computadorizada () Mamografía () Resonancia Magnética

() Densitometría Ósea () Sistema Cardiovascular/Periferovascular

NOMBRE

COMPLETO _____

FECHA Y LUGAR

DE NACIMIENTO _____ - _____ , _____ . _____

(Mes)

(Día)

(Año)

(Pueblo/País)

DIRECCION

POSTAL: _____

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

Deberá presentar:

➤ **. Certificado Negativo de Antecedentes Penales de no más de seis (6) meses de la fecha de radicación de la solicitud.**

➤ **Dos sobre con sello DIRIGIDOS PARA USTED**



➤ **Pago por admisión a reválida por treinta dólares(\$30.00) por cada especialidad. Puede ser GIRO POSTAL (a nombre del Secretario de Hacienda) O pago por Sistema de ATH.**