



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Médicos Veterinarios

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

Examen Teórico _____

Examen Práctico _____

Nombre _____

Apellido Paterno Apellido Materno

Nombre

Inicial

Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

Teléfono _____

Email: _____

Fecha en que tomó su último examen _____

Fecha

Firma del Solicitante

REQUISITOS:

1. Giro Postal o Bancario por la cantidad de **\$50.00** dólares **(NO REEMBOLSABLES)** pagadero al Secretario de Hacienda. (Puede pagar con ATH, Visa o Master Card).
2. Certificado de Antecedentes Penales- Reciente, dentro de los treinta (30) días de la fecha de radicación.
3. **Sobre pre-dirigido** (self-addressed envelope) con sello postal.

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

EXT. 6561 / EMAIL: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICO VETERINARIO DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y legible.

Información Personal:

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Inicial

Seguro Social
***Últimos 4 dígitos**

Fecha de Nacimiento
dd/mm/yyyy

F ☐ **M** ☐

Ciudadanía: _____

Teléfono Hogar

Teléfono Celular

Teléfono Alternativo

e-mail Ejemplo: user@mail.com

Información de Contacto

Dirección Postal

Ciudad, País, Código Postal

Examen: CONVOCATORIA

☐ **VERANO 20**_____

☐ **INVIERNO 20**_____

☐ **TEÓRICO**

☐ **PRÁCTICO**

Número de Intento: _____ **Mes y Año de Graduación:** _____

Institución de Procedencia: _____