



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

“NORTH AMERICAN VETERINARY LICENSING EXAMINATION” (NAVLE)

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

Nombre _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal _____

Teléfonos _____

Email: _____

Fecha en que tomó su último examen _____

Fecha

Firma del Solicitante

REQUISITOS:

1. **PAGO** por la cantidad de **\$100.00** dólares (**NO REEMBOLSABLES**). Formas de pago: **ATH, Visa, MasterCard, o Giro Postal o Bancario** pagadero al Secretario de Hacienda.
2. Certificado de Antecedentes Penales- Reciente, dentro de los treinta (30) días de la fecha de radicación.
3. Deberá registrarse directamente al **NAVLE** para poder tomar examen*
4. Identificación con foto oficial (pasaporte o licencia de conducir vigente).

NO SE ACEPTARAN SOLICITUDES INCOMPLETAS.

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

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