

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales SOLICITUD DE RE-EXAMEN

Nombre:	AS	/ 19/0		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre Inicial		
Dirección física:	i de die di	10605-7		
Dirección postal:		('n')	5-7-W-S-F	5 53
				7
Correo Electrónico:				
Teléfonos:				
Fecha en que tomó su último exam	en:			3
POR LEY ADA TIENE EL BENEFICIO I DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICAI	DE SOLICITAR ACOMODO DO MÉDICO ORIGINAL CO	RAZONABLE EN CA N EL TIPO DE ACOI	ASO DE IMPEDIMENT MODO QUE SOLICITA	<u>ΓΟS.</u> Δ.
Intereso	No int	ereso		
¿Qué tipo de acomodo razonable so	olicita?			Emi
Fecha de radicación	del Solicitante			

Requisitos:

- 1. Certificado de Antecedentes Penales. (No mayor de seis meses)
- 2. Una (1) fotografía reciente tamaño 2x2.
- 3. Copia de identificación con foto vigente.
- 4. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello.
- 5. Pago correspondiente por la cantidad de treinta **(\$30.00)** dólares.

Pago no reembolsable. Los métodos de pago son los siguientes:

- ATH, VISA, MASTERCARD
- Giro postal o bancario pagaderos al Secretario de Hacienda

No se aceptarán solicitudes incompletas.

REV. OCTUBRE/2025