



Junta Examinadora de Tecnólogos Médicos de Puerto Rico

ADHIERA
FOTO
AQUI
2 x 2

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

FECHA _____

NOMBRE _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

DIRECCION

POSTAL _____

TELEFONO _____ CELULAR _____

SEGURO SOCIAL _____ E-MAIL _____

FECHA EN QUE TOMO SU ÚLTIMO EXAMEN: _____

ACOMODO RAZONABLE: _____ SI _____ NO
(SI USTED CONTESTO EN AFIRMATIVO, DEBE PRESENTAR EVIDENCIA MEDICA)

FIRMA DEL SOLICITANTE

REQUISITOS:

1. Antecedente Penal no más de 30 días.
2. Una (1) Foto 2 X 2.
3. Dos (dos) sobres pre-dirigidos con sello.
4. Copia de identificación – Licencia de conducir, Identificación DTOP o Pasaporte

AVISO IMPORTANTE: Cualquier candidato tendrá derecho, si así lo solicita por escrito, a la revisión de su examen, a lo cual procederá la Junta, en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario a partir de la solicitud. La revisión se hará únicamente por los miembros de la Junta o sus representantes autorizados, solo podrá comparecer el examinado. No se permite efectuar la revisión por familiares, parientes o amigos, el solicitante tendrá derecho a cotejar una copia fiel y exacta de sus contestaciones contra la clave del examen, que será leída por un miembro de la Junta. Las preguntas no serán mostradas al solicitante, no se permitirá sacar documento alguno del salón donde se llevará a cabo la revisión. La revisión tiene un costo de \$25.00 en giro postal o cheque certificado a nombre del Secretario de Hacienda. Para la solicitud de reexamen deberá radicar un giro postal o cheque certificado por el banco a nombre del Secretario de Hacienda por la cantidad de cincuenta dólares (\$50.00). La Ley 90, según enmendada, dispone que “Dichos derechos no serán devueltos si la persona fracasare en el examen o si lo solicita y no se presenta a tomarlo.”

ACCION TOMADA POR LA JUNTA

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA

PARA EXAMEN

DENEGADA

PARA CONVALIDACION ASCP O NCA

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Fecha _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Solicitante _____
(ASCP O NCA)

Núm. De Licencia _____