**SOLICITUD DE REVISIÓN DE PUNTUACIÓN DE EXAMEN**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre In. Apellido Paterno Apellido Materno

SARPID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos del SS: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de Intento: \_\_\_\_\_ % de No Aprobación\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la Solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVISO IMPORTANTE:**

1. Cualquier candidato(a) tendrá derecho, si así lo solicita por escrito, a solicitar examinar sus contestaciones de examen, en un plazo dentro de 30 días calendario contados a partir de la fecha de recibido el resultados.
2. La revisión se hará únicamente por los miembros de Junta de Farmacia.
3. Sólo podrá comparecer el examinado(a) al momento de la revisión, salvo justa causa.
4. El solicitante tendrá acceso a sus resultados, de acuerdo con el informe de puntuación obtenida.
5. Las preguntas son material confidencial y privativo de la Junta de Farmacia; **NO serán mostradas al candidato(a) solicitante.**
6. No se permitirá sacar documento alguno del salón donde se lleve a cabo la revisión.
7. Durante el proceso de revisión los celulares tendrán que estar apagados, so pena de sanciones disciplinarias.
8. La revisión tiene un costo de $25.00 pagaderos en giro postal o bancario a nombre del Secretario de Hacienda, o mediante ATH, VISA o MASTERCARD. No existe derecho a reembolso bajo ningún concepto.

**CONSENTIMIENTO**:

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO TODA ESTA SOLICITUD. MI FIRMA SIGNIFICA QUE HE ENTENDIDO EN SU TOTALIDAD EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO EL CUAL LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE MANIFIESTO ESTAR DE ACUERDO Y ACEPTO CUMPLIR. JURO QUE LA INFORMACION QUE PRECEDE EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, CORRECTA Y AUTENTICA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL SOLICITANTE FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TESTIGO, SECRETARIA(O) DE JUNTA FECHA

**PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200** 787-999-8989

cristina.matos@salud.pr.gov

Rev. 27 de diciembre de 2023