



SOLICITUD DE REEXAMEN

Tecnólogos Radiológicos Tecnólogo en Radioterapia

EXAMEN TEORICO **EXAMEN PRACTICO**

2da oportunidad

3ra oportunidad

4ta o más

FAVOR DE CUMPLIMENTAR TODOS LOS ENCASILLADO. (Llénese a Maquinilla o Letra de Molde)

NOMBRE

COMPLETO: _____

(APELLIDOS)

(NOMBRE)

FECHA Y LUGAR

DE NACIMIENTO _____ , _____

(Mes)

(Día)

(Año)

(Pueblo/País)

DIRECCION

POSTAL: _____

P.R. 00 _____

Tel. (cel.) _____ **. EMAIL** _____

Deberá presentar:

- 1.) ***Certificado Negativo de Antecedentes Penales de no más de Seis (6) meses de la fecha de radicación de la solicitud (IMPRESO).***
- 2.) ***ORIGINAL de Certificado de Salud (no más de un año de expedido)***
- 3.) ***Presentar un pago de veinte (\$20.00) dólares por ADMISIÓN a examen de reválida mediante un Giro Postal a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA y/ o Sistema de ATH. (No logo).***
- 4.) ***No se aceptan solicitudes incompletas. Todos los requisitos deben ser presentados físicamente al entregar la solicitud.***
- 5.) ***Tres sobre con sello DIRIGIDOS PARA USTED***

