



JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE REVISIÓN DE PUNTUACIÓN DE EXAMEN

Nombre _____ In. Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Apellido de casada (si aplica) _____

SARPID: _____ Últimos cuatro dígitos del SS: _____ Profesión: _____

Fecha del examen: _____ No. de Intento: _____ % de No Aprobación _____:

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.
3. Sólo podrá comparecer el examinado(a) al momento de la revisión, salvo justa causa.
4. El solicitante tendrá derecho a cotejar EL DOCUMENTO DE REVISIÓN CON SUS CONTESTACIONES.
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.
9. Dentro del término de 45 días calendario aproximadamente la Junta notificará por escrito al candidato(a) solicitante el resultado de la revisión.

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
mirizarry@salud.pr.gov

