



Formulario de Solicitud de Re-examen de Reválida

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

Información Personal

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Inicial

Seguro Social
*Últimos 4 dígitos

Fecha de Nacimiento
dd/mm/yyyy

F

M

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular

Teléfono Hogar

Teléfono Trabajo

e-mail Ejemplo: user@yahoo.com

Información de Contacto
Dirección Postal

Examen:

INTEGRADO TÉCNICO DE
FARMACIA

País, Ciudad, Código Postal

Número de Intentos: _____

Institución de Procedencia: _____

Para uso de la ORCPS: Certificado Permanente: _____ Fecha: _____

Visto Bueno: _____

Solicitud de Re-examen Técnico de Farmacia

Examen Global (Integrado)

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

_____ ZIP CODE _____

TELEFONOS: _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN: _____

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

FIRMA DEL (A) SOLICITANTE

REQUISITOS:

1. Pago por la cantidad de **\$150.00** dólares con ATH, Tarjeta de Crédito o GIRO POSTAL O BANCARIO, a favor del *Secretario de Hacienda* o tarjeta ATH.
2. GIRO POSTAL por la cantidad de **\$60.00** a nombre del **DIDAXIS**. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD. Los centros de pago son los siguientes:
 - ✚ Didaxis Centro Metro, Club Rotario de Río Piedras, Urb. Caribe, 1609 Calle Ponce de León Carr. Núm. 1 de Río Piedras, P.R. 00928. Tel. (787) 296-8385. NO SE ACEPTA EFECTIVO NI CHEQUES PERSONALES. www.didaxispr.com
3. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES (ORIGINAL) expedido por la Policía de Puerto Rico con no más de tres (3) meses de antelación a la fecha que solicita examen.
4. CERTIFICADO MEDICO (Adjunto se acompaña solicitud para ser cumplimentada por un Médico licenciado).

**NOTA: NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS,
NI DESPUES DE LA FECHA LÍMITE**

Certificado Médico

Yo, _____, médico autorizado a ejercer en
NOMBRE DEL MEDICO

Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por el Tribunal
Examinador de Médicos de Puerto Rico.

Certificó que he examinado a _____
NOMBRE DEL SOLICITANTE

encontrándole en buen estado general de salud.

FECHA

FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO