



JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

SOLICITUD REVISIÓN DE EXAMEN DE ASISTENTE DENTAL

Nombre In. Apellido Paterno Apellido Materno

Apellido de casada (si aplica)

Últimos cuatro dígitos del SS: _____

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

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Favor de marcar con una X la parte o partes a revisar:

_____ Teórico _____ Instrumentación y Equipo _____ Radiografía

AVISO IMPORTANTE:

1. Cualquier candidato(a) tendrá derecho si así lo solicita por escrito, a solicitar la revisión de examen, en un plazo dentro de 30 días calendario contados a partir de la fecha de recibido de los resultados.
2. La revisión se hará únicamente por los miembros de Junta.
3. 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 ESTA SOLICITUD.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

TESTIGO, SECRETARIA(O) DE JUNTA

FECHA

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200 787-999-8989 Ext. 6605
E-Mail: nereida.davis@salud.pr.gov