



**JUNTA EXAMINADORA DE ENFERMERAS Y
ENFERMEROS DE PUERTO RICO
PO BOX 10200, SANTURCE, PR 00908**

SOLICITUD REVISIÓN DE EXAMEN

FECHA: _____

NOMBRE: _____/_____/_____
 APELLIDOS NOMBRE INICIAL

DIRECCION POSTAL: _____

NUM. CANDIDATO; _____ FECHA EXAMEN: _____

INDIQUE CATEGORIA:

GENERALISTAS____ ASOCIADA/O____ PRÁCTICA/O____

ANESTESIA____ PARTERA_____

FIRMA DEL SOLICITANTE

Favor de acompañar la solicitud con un giro postal o bancario a nombre del Secretario de Hacienda por la cantidad de \$20.00 dólares adjunto con la solicitud por derecho a Revisión de Examen.

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS

Rev. octubre, 2010, JEEEPR

Enviar a:

Gobierno de Puerto Rico

Departamento de Salud

Oficina de Reglamentación y Certificación

De los Profesionales de la Salud

PO BOX 10200

San Juan, Puerto Rico 00908-0200