ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
JUNTA EXAMINADORA DE HISTOTECNICOS E HISTOTECNOLOGOS DE PUERTO RICO

SOLICITUD REVISIÓN DE EXAMEN

FECHA: _____

NOMBRE: _____/_____/_____
APELLIDOS NOMBRE INICIAL

DIRECCION POSTAL: _____

_____

NUM. CANDIDATO; _____ FECHA EXAMEN: _____

INDIQUE CATEGORIA:

HISTOTÉCNICOS____ HISTOTECNÓLOGOS____

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

Favor de acompañar la solicitud, con copia de la carta recibida con la puntuación del examen.

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS

Rev. febrero, 2016, JEHH

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