

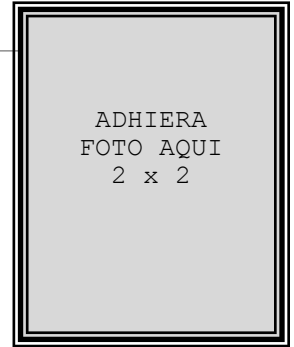


GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

PO BOX 10200, SANTURCE PR 00908 - 787-765-2929 X 6567



SOLICITUD DE RE-EXAMEN

ASISTENTE DENTAL

(Favor de escribir en letra de molde)

NOMBRE : _____

DIRECCION POSTAL : _____

TELEFONOS : _____

CORREO ELECTRONICO: _____

SOLICITO LOS SIGUIENTES EXAMENES:

_____ MONTURA DE RADIOGRAFIAS

_____ INSTRUMENTOS, EQUIPO Y MATERIALES

_____ EXAMEN TEORICO

Firma del solicitante

Fecha

REQUISITOS: Esta solicitud debe estar acompañada de los siguientes documentos:

- 1. ORIGINAL de Certificado de Antecedentes Penales, expedido dentro de los (30) días a la fecha de entrega de solicitud.
2. GIRO POSTAL O BANCARIO por la cantidad de \$2.00 dólares (No reembolsables), pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico.
3. PAGO POR DIDAXIS (Compañía que ofrece el examen): Por una o dos partes el pago es de \$30.00 dólares (No reembolsables) por cada una o si fuere las tres partes el pago seria de \$70.00 dólares (No reembolsables), puede efectuar el pago por medio de GIRO POSTAL O BANCARIO, ATH, VISA O MASTERCARD.
4. UN SOBRE pre dirigido con sello postal.

Intereso tomar el examen en: Español _____ Inglés _____

Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de impedimentos.

Intereso _____ No Intereso _____

En caso afirmativo, favor de proveer evidencia sobre su condición, por separado.

ESTA SOLICITUD HA SIDO: APROBADA [] DENEGADA []



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Revalida

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO BOX 10200, SANTURCE PR 00908 – 787-765-2929 x 6567

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

INFORMACION PERSONAL:

Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** **Inicial**

Seguro Social **Fecha de Nacimiento** **F** **M**
*Últimos 4 dígitos dd / mm / yyyy

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular **Teléfono Hogar** **Teléfono Trabajo**

Email (Ejemplo: user@yahoo.com)

Información de Contacto:
Dirección Postal

Examen a Tomar:

Ciudad, **País** **Código Postal**

- Todas las Partes
- 1. Examen Práctico de Radiografía
- 2. Examen Práctico de Instrumentación y Equipo
- 3. Examen Teórico

Acomodo Razonable: _____

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

Proveedor de Repaso: _____

Visto Bueno: _____ **Fecha:** _____



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud