



Junta Examinadora de Tecnólogos Médicos de Puerto Rico

Formulario de Solicitud de examen de Reválida

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde.

Información Personal:

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Inicial

F M

Seguro Social

*Últimos 4 dígitos

Fecha de Nacimiento

dd/mm/yyyy

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular

Teléfono Hogar

Teléfono Trabajo

Correo electrónico

Convocatoria: _____

Dirección Postal:

Ciudad

País,

Código Postal

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

recinto

año graduación

Grado Obtenido: _____

Para uso de la ORCPS: Visto Bueno: _____ Fecha: _____