GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
PO Box 10200 Santurce PR 00908
787- 765-2929 EXT. 6533,6532,6591,3464,6642

Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

SOLICITUD REVISIÓN DE EXAMEN DE ENFERMERA/O

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____
APELLIDOS **NOMBRE** **INICIAL**

DIRECCIÓN POSTAL: _____

_____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

SEGURO SOCIAL (ÚLTIMOS 4 DIGITOS) _____

NÚM. CANDIDATO _____ FECHA DE EXAMEN: _____

NÚM DE INTENTOS: _____

INDIQUE CATEGORIA:

GENERALISTA _____ ASOCIADA(O) _____

PRÁCTICA(O) _____ PRACTICA AVANZADA - ANESTESIA _____

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

Favor de acompañar la solicitud si será enviada por correo postal con un giro postal o bancario a Nombre del secretario de Hacienda por la cantidad de $60.00 dólares adjunto con la solicitud por derecho a Revisión de Examen.

***Reglamento 9104 del 9 de agosto de 2019.**
Cap. IV Sección 2 Regla 7

Solo podrá solicitar revisión de aquellos solicitantes que al no aprobar algunos de los exámenes haya obtenido una puntuación final en su revalida de hasta 5 por ciento ajustado cercanos a la puntuación mínima requerida para aprobar un examen de reválida. Todo aspirante que interese solicitar revisión deberá de presentarla dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de la puntuación examen.