ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARIA DE LA DOCENSIA
ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE EDUCACION DE ADULTOS
UNIDAD DE EXAMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

INFORMACIÓN PERSONAL DE LOS QUE SOLICITAN RESULTADOS DE EXAMENES

1. Nombre del Solicitante:_____
2. Dirección Postal:
3. Tipo de examen que tomó: (favor de indique en el encasillado a la izquierda)

   ☐ A. Examen de Equivalencia de Escuela Superior (Ley #188 – Español)

   ☐ B. Examen de Equivalencia de Escuela Superior (GED – Ingles)

   ☐ C. Examen de Asignatura de Escuela Superior

   ☐ D. Examen de Ubicación

4. Fecha y lugar en que tomo el examen por primera vez:

   _____ Fecha _____ Lugar

5. Seguro Social:_____ Teléfono:_____
6. Fecha y lugar de nacimiento:_____

** Nota: Favor de Acompañar este formulario con un (1) sello de rentas internas de un dólar ($1.00) y otro de cincuenta centavos ($0.50)

_____ Firma del Estudiante _____ Fecha