



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE NOTAS REVÁLIDA DE PUERTO RICO

NOMBRE _____

SEGURO SOCIAL XXX-XX- _____ E-MAIL _____

DIRECCIÓN POSTAL _____

TÉL. RES. /CEL. _____ TÉL. TRABAJO _____

NÚM. DE LICENCIA REGULAR (SI POSEE) _____

ESTA VERIFICACIÓN ES PARA ENVIARSE A: _____

DIRECCIÓN _____

REQUISITOS:

Favor de acompañar esta solicitud con un Giro postal o bancario por la cantidad de \$25.00 dólares, a nombre de **Secretario de Hacienda**. También podrá realizar su pago mediante tarjetas de VISA, MASTER CARD o ATH. **Deberá incluir un sobre pre dirigido con sello.**

Firma

Fecha