

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL SUPREMO
Junta Examinadora de Aspirantes al Ejercicio
de la Abogacía y la Notaría
P.O. Box 9022392
SAN JUAN, PUERTO RICO 00902-2392

CERTIFICACIÓN

Este documento es para uso exclusivo del Tribunal Supremo de Puerto Rico y de su Junta Examinadora de Aspirantes al Ejercicio de la Abogacía y la Notaría. La información que aquí se provee se utilizará para evaluar la solicitud presentada por el o la aspirante para requerir ayuda o acomodo especial durante la administración del examen de reválida, a tenor con lo dispuesto en la legislación protectora de las personas con impedimento.

El profesional que suscriba este documento deberá ser el médico o terapeuta que ha tratado al aspirante por la condición para la cual solicita el acomodo. Este profesional no podrá ser pariente del o la aspirante dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad. Deberá estar disponible para suplementar la información ofrecida o aclarar dudas sobre su contenido, mediante consultas con la Junta Examinadora. El Tribunal Supremo garantiza la confidencialidad de la información.

El examen de reválida general se administra durante dos (2) días consecutivos, en 4 períodos. Los períodos de la mañana se extienden de 9:00 a.m. a 12:30 p.m. y los de la tarde de 2:30 p.m. a 5:30 p.m. El examen de reválida notarial se ofrece durante la mañana del tercer día, en dos (2) períodos de una y media (1 1/2) horas cada uno, con un descanso de media (1/2) hora entre un período y otro.

A. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA INFORMACIÓN

1. Nombre del profesional _____
2. Profesión/Especialidad _____
3. Dirección de su oficina y número de teléfono _____

4. Años en el ejercicio de la profesión _____
Número de licencia _____

B. INFORMACIÓN SOBRE EL O LA ASPIRANTE

1. Nombre completo del o la aspirante _____
2. Indique el impedimento o condición que padece el o la aspirante. Describa en qué consiste dicho impedimento o condición. _____

3. Indique el diagnóstico o probable diagnóstico que pudiera estar relacionado con la condición. _____

4. Indique desde qué fecha ha atendido al o la aspirante para dicho impedimento o condición. _____

5. Indique los medicamentos, tratamiento o ayudas que utiliza regularmente el o la aspirante para atender su impedimento o condición.

6. Indique qué condiciones o circunstancias, si alguna, activan o agravan el impedimento o condición del o la aspirante.

7. Indique el acomodo o ayuda especial que, a su juicio profesional, el o la aspirante necesita para tomar el examen de reválida. Al responder esta pregunta, sea lo más específico posible.

8. Explique la razón o razones por las que el o la aspirante necesita dicho acomodo o ayuda especial.

9. Comentarios, si alguno.

NOTA: El suscribiente declara bajo pena de perjurio que brindó tratamiento regular o de emergencia a este aspirante por razón de su impedimento y que el diagnóstico que estableció está documentado y basado en evidencia clara indicativa del mismo, relativa con el resto de la población. Además, que posee las destrezas y los adiestramientos que lo capacitan para establecer dicho diagnóstico.

Fecha: ____ de _____ de _____

Firma: _____