

## Por convicción religiosa necesita tomar examen otro día

Candidatos que son miembros de una Fe religiosa y que no pueden tomar el examen de reválida en la fecha señalada, se les permitirán tomar el examen de reválida en una fecha alterna. Estos candidatos deben someter este formulario con la documentación oficial de su afiliación religiosa indicando porqué el candidato no puede tomar el examen de reválida a PCS antes de la fecha límite.

**NOTA:** El examen para los candidatos aprobados de Sabbath será llevado a cabo después del examen originalmente programado. Le notificarán diez días antes de la fecha del examen.

---

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Inicial** \_\_\_\_\_ **Nombre Paterno - Nombre Materno** \_\_\_\_\_

---

**Seguro Social** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento Mes/Día/Año** \_\_\_\_\_

---

**Dirección** \_\_\_\_\_

---

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono**

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Número de Fax**

**Nombre del Examen** \_\_\_\_\_

**Sitio del examen** \_\_\_\_\_

*¿Ha tomado el examen previamente?*      *Si* \_\_\_\_\_      *No* \_\_\_\_\_

*¿Se le otorgó acomodo especial o razonable?*      *Si* \_\_\_\_\_      *No* \_\_\_\_\_

**Las peticiones oficiales deben ser sometidas por escrito acompañadas por una carta de la afiliación religiosa. La documentación de soporte se debe recibir antes de la fecha límite.**

---

**Firma del Candidato** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Por favor someta el formulario y documentación dentro de la fecha límite estipulado a:**

**PCS  
ADA/Sabbath Accommodations  
P.O. Box 198689  
Nashville, TN 37219-8689  
FAX (615) 846-0153**