

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
ADMINISTRACIÓN DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL

SOLICITUD APELACIÓN ANTE LA JUNTA DE APELACIONES

Nombre de Apelante: _____

Seguro Social: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Oficina donde solicitó o recibe los servicios de rehabilitación vocacional: _____

Apeló la acción: a ser tomada; tomada en mi caso por: _____
Nombre del Consejero en Rehabilitación Vocacional

de la Administración de Rehabilitación Vocacional, según me fue notificado **por escrito** el día ____ del mes
_____ del año _____.

Razón para radicar apelación: _____

Firma o Marca del Solicitante/Consumidor, padre, tutor o
Representante autorizado, cuando aplique.

Firma del Testigo de la Marca

Día, Mes, Año de la Radicación

PARA USO OFICIAL

DÍA MES, AÑO DE RECIBO DE SOLICITUD DE
APELACIÓN EN LA JUNTA DE APELACIONES

FIRMA

Nota: Toda apelación será dirigida a:

**Junta de apelaciones de la ARV
Lcdo. Angel L. Robles – Candelaria
Toro, Colón, Mullet, Rivera & P.S.C.
416 Ponce de León Ave.
Unión Plaza, Suite 311
San Juan PR 00918-3430
TELÉFONO: (787) 751-8999, Fax 763-7760**