

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR - FO -13
	FICHA DE DATOS – REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS	VERSIÓN:	01

FICHA DE DATOS REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

INSTRUCCIONES: Complete sus datos correctamente con letra legible **IMPRESA** (**Mayúscula y Minúscula con tilde y diéresis** donde corresponda).

FECHA: / /

1. DATOS PERSONALES

- 1.1 N° de registro de especialista: _____ (Llenado por el CN – CTMP)
- 1.2 CTMP N°: _____
- 1.3 Apellidos: _____
- 1.4 Nombres: _____
- 1.5 Área Profesional: _____
- 1.6 DNI N° : _____ 1.7 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
- 1.8 Estado Civil: _____
- 1.9 Domicilio Actual : Av. / Calle / Jr.: _____
 Número / Mz. / Lt : _____ Urb: _____
 Distrito : _____ Provincia : _____
 Departamento : _____
- 1.10 Telf. Domicilio : _____ Telf. Celular : _____
 Telf. Referencia : _____
- 1.11 Correo Electrónico : _____

2. INFORMACION DEL DIPLOMA DEL TITULO PROFESIONAL

- 2.1 Universidad de procedencia: _____
- 2.2 Denominación del Título de Especialista en: _____
- 2.3 Fecha de expedición: ____ / ____ / ____
- 2.4 Modalidad de Obtención: Tesis Trabajo Académico
- 2.5 Modalidad de estudios: _____
- 2.6 Número de registro del diploma: _____

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR - FO -13
	FICHA DE DATOS – REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS	VERSIÓN:	01

3. INFORMACIÓN DEL CENTRO LABORAL :

- 3.1 Nombre de la Institución: _____
- 3.2 Dirección : _____
- 3.3 Distrito : _____
- 3.4 Teléfono – Anexo : _____

4. INFORMACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO:

- 4.1 Doctorado en:
- Estudios Concluidos: Cuenta con el Grado Académico
- 4.2 Maestrías en:
- Estudios Concluidos: Cuenta con el Grado Académico
- 4.3 Diplomado en: _____
- 4.4 Pasantías Extranjeras : _____

5. INFORMACIÓN SOBRE CARGOS REPRESENTATIVOS :

- 5.1 Cargo 1: _____
- Institución: _____
- Periodo : _____
- 5.2 Cargo 2: _____
- Institución: _____
- Periodo : _____
- 5.3 Cargo 3: _____
- Institución: _____
- Periodo : _____