

Anexo 1-A

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR-FO-15
	LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA RECARNETIZACIÓN	VERSIÓN:	02

Nombres y Apellidos del interesado: _____

N°	Requisitos	Colocar SI cumple o NO los requisitos		
		Prep. / Rev.	Aprob.	Observación
1	Solicitud dirigida al Decano (a) Nacional, solicitando la recarnetización (PPR-FO-16) .			
2	Ficha de actualización de datos para la recarnetización (PPR-FO-17)			
3	Dos (2) fotografías recientes tamaño pasaporte , a color, en fondo blanco tamaño 45 mm x 35 mm. (*) (*) Las fotografías deben presentarse de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Rotuladas al reverso con el nombre completo del solicitante • Dentro de un cobertor transparente. • Engrapado en una hoja A-4. • Damas: Traje sastre. Caballeros: Saco y corbata, sin anteojos. 			
4	Declaración Jurada de datos del solicitante y compromiso de que el título presentado se encuentra inscrito ante la SUNEDU.			
5	Copia simple del Diploma de colegiatura			
6	Declaración jurada de correcta escritura de nombres. (PPR-FO-06) .			
7	Ficha para elaboración de carné (FO-PPR-07) .			
8	Copia simple del voucher de pago por elaboración de carné por el monto de S/.30,00 soles.			
9	Carta de compromiso de pagar la deuda que tenga ante el CTMP de acuerdo a la liquidación que realizará Tesorería.			
	RESPONSABLE	NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA
Prep. / Rev.	Recepcionista - Consejo Nacional			
Aprob.	Secretaria del Interior - Consejo Nacional			

Abreviaturas: Prep- Preparado, Rev.- Revisado y Apr – Aprobado.