



CONSEJO NACIONAL

Colegio Tecnólogo Médico del Perú

Solicito: Reconocimiento de Registro de Colegiatura en Segunda Área de Tecnología Médica.

SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO REGIONAL _____

S.P

Yo _____ de _____ años de edad.
(Apellidos y nombres del solicitante)

Identificado (a) con DNI N° _____ domiciliado(a) en _____

_____, ante usted con el debido respeto y por conducto regular me presento y digo:

Que habiendo obtenido el **Título Profesional** de Licenciado en Tecnología Médica en el Área de _____
_____ en la Universidad _____;

Me dirijo a usted para solicitarle, previa evaluación, se sirva a elevar el presente expediente al Consejo Nacional del Colegio Tecnólogo Médico del Perú para el correspondiente Reconocimiento de Registro de Colegiatura en Segunda Área de Tecnología Médica.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para reiterarle mi estima personal.

Atentamente;

_____, _____ de _____ de _____

Adjunto todos los requisitos estipulados en _____ de fecha _____ y _____; según corresponde a la procedencia del título profesional obtenido (nacional o extranjero).

Firma

DNI: _____

Teléfono: _____

Correo: _____





Colegio Tecnólogo Médico del Perú

CONSEJO NACIONAL

FICHA DE DATOS

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



1. DATOS PERSONALES

- 1.1 CTMP N °: _____
- 1.2 Apellidos: _____
- 1.3 Nombres: _____
- 1.4 D N I N °: _____ 1.5 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
- 1.6 Estado Civil: _____ 1.7 Grupo Sanguíneo _____
- 1.8 Domicilio Actual: A v. / Calle / Jr.: _____

- 1.9 Número / Mz. / Lt : _____ Urb : _____
Distrito: _____ Provincia: _____
Departamento: _____
- 1.10 Telf. Domicilio: _____ Telf. Celular: _____
Telf. Referencia: _____
- 1.11 Correo Electrónico: _____

2. DATOS ACADEMICOS

- 2.1 Grado de Bachiller en: _____
- 2.2 Universidad de procedencia: _____
- 2.3 Fecha de obtención del Grado de Bachiller: ____/____/____ N° de Bachiller: _____
- 2.4 Título Profesional: _____
- 2.5 Universidad de procedencia: _____
- 2.6 Fecha de obtención del Título Profesional: ____/____/____ N ° de Título: _____





CONSEJO NACIONAL

Colegio Tecnólogo Médico del Perú

2.7 Modalidad de Titulación: _____

Tesis:

Trabajo de Suficiencia Profesional:

3. DECLARACIÓN JURADA

DECLARO BAJO JURAMENTO, la autenticidad de los datos consignados y que el título presentado por mi persona se encuentra inscrito ante la SUNEDU. De verificarse la falsedad de todo o parte de la presente Declaración Jurada me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411º del Código Penal, concordante con el artículo 32º de la Ley N.º 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General. En fe de lo cual firmo la presente.

_____ de _____ del _____

FIRMA

DNI _____

