

	<b>COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL</b>	<b>CÓDIGO:</b>
	<b>FICHA DE DATOS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE TECNÓLOGOS MÉDICOS AUDITORES.</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>

**FICHA DE DATOS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE TECNÓLOGOS MÉDICOS AUDITORES.**

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: \_\_\_\_\_ (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.: \_\_\_\_\_ N° / Mz. / Lt  
: \_\_\_\_ Urb: \_\_\_\_\_ Distrito : \_\_\_\_\_ Provincia : \_  
\_\_\_\_\_ Departamento : \_\_\_\_\_
- 1.10 Telf. Domicilio: \_\_\_\_\_ Telf. Celular: \_\_\_\_\_
- 1.11 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**2. INFORMACION DEL DIPLOMA EN AUDITORIA**

- 2.1 Universidad de procedencia: \_\_\_\_\_
- 2.2 Denominación del Diploma de Auditoria: \_\_\_\_\_
- 2.3 Fecha de expedición: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Autorizo que, para toda notificación respecto al presente trámite u otro trámite ante el Colegio Tecnólogo Médico del Perú, se me notifique al correo electrónico señalado en la presente solicitud.