

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR - FO - 12
	SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS	VERSIÓN:	02

Solicito: Inscripción en el Registro Nacional de Especialista

SEÑOR(A) DECANO(A) NACIONAL DEL CTMP S.D

Yo _____ de _____ años de edad.

(Apellidos y nombres del solicitante)

Identificado con DNI / C.E. N° _____ domiciliado(a) en _____

_____ ante usted con el debido respeto y por conductor y guiarme presento y digo:

Que habiendo obtenido el **Título de Especialista** en _____

_____ otorgado por la Universidad _____.

Me dirijo a usted para solicitarle, previa evaluación, se sirva dar Trámite a mi expediente de incorporación en el Registro Nacional de Especialista del CTMP.

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

_____, _____ de _____ del _____

Adjunto:

1. Ficha de datos de Registro Nacional de Especialistas (Formato: PPR-FO-13).
2. Original y Copia simple del Título de Especialista otorgado por una Universidad Nacional (pública o privada), previamente inscrito en la SUNEDU.
3. Dos (2) fotografías recientes tamaño pasaporte, a color, en fondo blanco tamaño 45mm x 35mm. (*)
4. Declaración Jurada de datos personales. Formato PDF
5. Declaración jurada de correcta escritura de nombres, (Formato: FO - PPR - 06).
6. Ficha de elaboración de carné de especialista (Formato: PPR - FO - 14).
7. Copia simple de voucher de pago por concepto de colegiatura por el monto de S/600.00 soles.

N° de Cuenta Consejo Nacional ()**

Banco Interbank: 01 13000421001

Banco Continental: 0011-0150-0100020307

Nota: el pago debe ser efectuado por el solicitante una vez que el expediente presentado cuente con el visto bueno del Consejo Nacional.

()** El voucher debe referenciar el número del DNI/CTMP del solicitante.

Por ser especialista egresado de una universidad extranjera adicionalmente presentar:

- *Original y copia simple del Título de Especialista otorgado por la universidad extranjera de origen, previamente inscrito en la SUNEDU. (se exceptúa el punto 2 del adjunto).*

Firma

DNI: _____

Teléfono: _____

Correo: _____

Documento para uso exclusivo del CONSEJO NACIONAL DEL CTMP Se prohíbe su reproducción total o parcial sin la autorización del CONSEJO NACIONAL DEL COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ.
Se considera copia no controlada a toda copia impresa que no lleve el sello de COPIA CONTROLADA.