

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR-FO-16
	SOLICITUD DE RECARNETIZACIÓN	VERSIÓN:	01

Solicito: Recarnetización

SEÑOR(A) DECANO(A) NACIONAL DEL CTMP

S.D

Yo, _____ de _____ años de edad,

(Apellidos y nombres del solicitante)

Identificado con DNI N.º _____, 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 _____
 y contando con el número de colegiatura _____.

Me dirijo a usted para solicitarle, previa evaluación, se sirva elevar el presente expediente al Consejo Nacional del Colegio Tecnólogo Médico del Perú para mi correspondiente recarnetización.

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

Lima, _____ de _____ del _____

Adjunto:

- Ficha de actualización de datos para la recarnetización **(formato: PPR-FO-17)**.
- Dos (2) fotografías recientes tamaño pasaporte, a color, en fondo blanco tamaño 45 mm x 35 mm. (*)
- Presentación del Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Original y copia simple del Diploma de Grado Académico de Bachiller otorgado por una Universidad Nacional (pública o privada), que forman profesionales en Tecnología Médica.
- Constancia de verificación de firma registrada ante la SUNEDU del Grado Académico de Bachiller.
- Original y copia simple del Título Profesional otorgado por una Universidad Nacional (pública o privada), que forman profesionales en Tecnología Médica.
- Constancia de verificación de firma registrada ante la SUNEDU del Título Profesional.
- Una (1) copia simple del certificado de estudios realizado en la Universidad, que acrediten haber estudiado y aprobado 10 semestres académicos o 5 años de estudios universitarios. En caso de haber realizado convalidación de asignaturas, presentarán adicionalmente, las resoluciones emitidas por la Universidad en original y copia simple.
- Original y copia simple del Diploma de colegiatura
- Declaración jurada de correcta escritura de nombres, sólo en casos que aplique **(formato: FO-PPR-06)**.
- Certificado de habilidad profesional
- Ficha para elaboración de carné **(formato: PPR-FO-07)**.
- Voucher (original) de pago por elaboración de carné por el monto de S/.30,00 soles. El voucher original debe estar engrapado a la copia simple.
- Pago de aportaciones desde el mes de enero de 1997 al mes de mayo del 2015, el monto de s/10.00 soles mensuales. A partir del mes de junio del 2015 a la actualidad el monto de s/20.00 soles mensuales.

N° de cuenta Consejo Nacional ()**

Banco Interbank: 0113000421001

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.

Firma

DNI: _____

Teléfono: _____

Correo: _____

Documento para uso exclusivo del CONSEJO DEL CTMP. Se considera copia no controlada a toda copia impresa que no lleve el sello de COPIA CONTROLADA.NACIONAL DEL CTMP.

Se prohíbe su reproducción total o parcial sin la autorización de CONSEJO NACIONAL.