

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR - FO -13
	FICHA DE DATOS – REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS	VERSIÓN:	01

FICHA DE DATOS REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

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

FECHA: / /

1. DATOS PERSONALES

- 1.1 N° de registro de especialista: _____ **(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.: _____
 Número / Mz. / Lt: _____ Urb: _____
- Distrito: _____ Provincia: _____
- Departamento: _____
- 1.10 Telf. Domicilio: _____ Telf. Celular: _____
- Telf. Referencia: _____
- 1.11 Correo Electrónico: _____

2. INFORMACION DEL DIPLOMA DEL TITULO PROFESIONAL

- 2.1 Universidad de procedencia: _____
- 2.2 Denominación del Título de Especialista en: _____
- 2.3 Fecha de expedición: ____ / ____ / ____
- 2.4 Modalidad de Obtención: Tesis Trabajo Académico:
- 2.5 Modalidad de estudios: _____
- 2.6 Número de registro del diploma: _____

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR - FO -13
	FICHA DE DATOS – REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS	VERSIÓN:	01

3. INFORMACIÓN DEL CENTRO LABORAL :

3.1 Nombre de la Institución: _____

3.2 Dirección : _____

3.3 Distrito : _____

3.4 Teléfono – Anexo : _____

4. INFORMACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO:

4.1 Doctorado en:

Estudios Concluidos: Cuenta con el Grado Académico:

4.2 Maestrías en:

Estudios Concluidos: Cuenta con el Grado Académico:

4.3 Diplomado en: _____

4.4 Pasantías Extranjeras : _____

5. INFORMACIÓN SOBRE CARGOS REPRESENTATIVOS :

5.1 Cargo 1: _____

Institución: _____

Periodo : _____

5.2 Cargo 2: _____

Institución: _____

Periodo : _____

5.3 Cargo 3: _____

Institución: _____

Periodo : _____