



COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL

CÓDIGO:

SOLICITUD DIRIGIDA AL PRESIDENTE REGIONAL

VERSIÓN: 01

Solicito: Inscripción en el Registro Nacional de Tecnólogos Médicos Auditores.

SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO REGIONAL _____

S.P

Yo _____
(Apellidos y nombres del solicitante)

de _____ años de edad, Identificado (a) con Documento de identidad _____ N° _____
_____ domiciliado(a) en _____

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

Que, habiendo obtenido el **Diploma en Auditoría**: en _____
_____ 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 mi correspondiente inscripción en el Registro Nacional de Diplomados en Auditoría.

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


_____, de _____ de _____

Firma

DNI: _____

Teléfono: _____

Correo: _____

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

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.

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CÓDIGO:
	FICHA PARA ELABORACIÓN DE CARNÉ DE AUDITOR.	VERSIÓN: 01

FICHA PARA ELABORACIÓN DE CARNÉ DE AUDITOR

NOTA: COMPLETE SUS DATOS CORRECTAMENTE CON LETRA LEGIBLE **IMPRENTA** (mayúscula y minúscula con tilde y diéresis donde corresponda), PARA EVITAR ERRORES EN LA IMPRESIÓN DE SU CARNÉ

DATOS AL ANVERSO

APELLIDOS : _____

NOMBRES : _____

ÁREA : _____

AUDITOR EN : _____

RNA N° : _____ **(Llenado por el CN CTMP)**

DNI N° : _____



FIRMA EN EL CENTRO DEL RECUADRO

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

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ identificado

con Documento de identidad: _____ N.º _____;

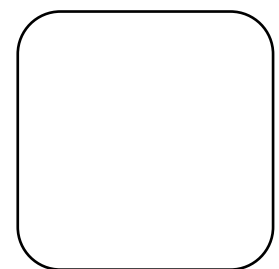
con domicilio en _____

_____; **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que, los datos consignados son auténticos y que el documento presentado como Diploma en Auditoria es expedido por una universidad licenciada por SUNEDU y acredita un mínimo de 24 créditos.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, 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.

En la ciudad de _____, de _____ de 20__



Huella Digital

Firma