


# ANEXO 1-B

	<b>COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>PPR-FO-16</b>
	<b>SOLICITUD DE RECARNETIZACIÓN</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>02</b>

Solicito: Recarnetización

## SEÑOR(A) DECANO(A) NACIONAL DEL CTMP

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

(Apellidos y nombres del solicitante)

Identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Adjunto:

- Solicitud dirigida al Decano (a) Nacional, solicitando la recarnetización (**PPR-FO-16**).
- Ficha de actualización de datos para la recarnetización (**PPR-FO-17**)
- Dos (2) fotografías recientes **tamaño pasaporte**, a color, en fondo blanco tamaño 45 mm x 35 mm. (\*) (\*\*) **Las fotografías deben presentarse de la siguiente manera:**
  - Rotuladas al reverso con el nombre completo del solicitante (letra imprenta).
  - Dentro de un cobertor transparente.
  - Engrapado en una hoja A-4.
  - Damas: Traje sastre. Caballeros: Saco y corbata, sin anteojos.
- Copia simple del **Diploma de colegiatura**.
- Declaración jurada de correcta escritura de nombres (**PPR-FO-06**).
- Ficha para elaboración de carné (**FO-PPR-07**).
- Copia simple del voucher de pago por elaboración de carné por el monto de S/.30,00 soles.  
N° de cuenta Consejo Nacional (\*\*)  
Banco Interbank: 0113000421001  
Banco Continental: 0011-0150-30100020307
- Carta de compromiso de pagar la deuda que tenga ante el CTMP de acuerdo a laliquidación que realizará Tesorería.

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_