**CONSEJO NACIONAL**

Solicito: Fedateo de documentación

SEÑOR DECANO DEL CONSEJO NACIONAL DEL COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ.

Yo de

(Apellidos y nombres del solicitante) de años de edad; Identificado (a) con documento de

identidad DNI / CE / Pasaporte\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, CTMP N° domiciliado(a)

en \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ , ante usted con el debido respeto y por conducto regular

me presento y digo:

Que, siendo miembro de la orden del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, por ser Tecnólogo/a Médico/a en el Área de , solicito se el fedateo de mi certificado de colegiatura para tramites en el extranjero (homologación de estudios)

Por lo expuesto:

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

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

P.D. Adjunto todos los requisitos.

1. *Certificado en original y copia.*
2. *Comprobante de pago.*
3. *Copia de DNI.*

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Firma

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

Teléfono: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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

**CONSEJO NACIONAL**

Declaración Jurada

Yo, identificado (a) con DNI N° , con domicilio en

 DECLARO BAJO JURAMENTO, que:

Me encuentro al día en el pago de las aportaciones y que no cuento con sanción ética ni sanción disciplinaria por el Colegio Tecnólogo Médico del Perú.

De verificarse la falsedad de todo o parte de la presente Declaración Jurada 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.

# Lugar y fecha, \_ \_

 \_

# FIRMA Huella Digital

**DNI Nº**