

	<b>COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>PPR-FO-02</b>
	<b>SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>

*Solicito: Reinscripción*

**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 \_\_\_\_\_

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 Reinscripción.

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

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Adjunto:**

- Solicitud dirigida al Decano Nacional solicitando la reinscripción de colegiatura.
- Título emitido por una universidad nacional.
- Copia del diploma de colegiatura.
- Dos fotos tamaño carnet a color (con saco y corbata o uniforme de Tecnólogo Médico).
- Pago por trámite documentario por el monto de s/1,150.00 soles
- Ficha de generación de carnet

**Nº de cuenta Consejo Nacional (\*\*)**

**Banco Interbank: 0113000421001**

**Banco Continental: 0011-0150-0100020307**

\_\_\_\_\_  
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.