



**Colegio Tecnólogo  
Médico del Perú**

## SOLICITUD DE APELACIÓN

Solicita: Recurso de Apelación

Señor(a):

\_\_\_\_\_

Decano (a) del Colegio Tecnólogo Médico del Perú

S.D

Yo; \_\_\_\_\_

Identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_ , y con el N° de Colegiatura \_\_\_\_\_

,

Consejo Regional \_\_\_\_\_ domiciliado (a)  
en

\_\_\_\_\_, ante usted me presento

y

expongo:

Que ante notificación de los resultados de la evaluación con fines de certificación profesional, y no estando conformes con los mismos, solicito la revisión de la decisión tomada por los evaluadores por considerar que no corresponde a los principios y criterios de la evaluación.

Atentamente ,

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL EVALUADO – CTMP

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201\_\_