



**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__