



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CÓDIGO:	PPR – F O - 0 2
	SOLICITUD DIRIGIDA AL PRESIDENTE REGIONAL	VERSIÓN:	0 5

Solicito: Inscripción como Miembro de la Orden del Colegio Tecnólogo Médico del Perú

SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO REGIONAL _____

S.P

Yo _____ de _____ años de edad.

(Apellidos y nombres del solicitante)

Identificado (a) 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 _____ ;

Me dirijo a usted para solicitarle, previa evaluación, se sirva a elevar el presente expediente al Consejo Nacional del Colegio Tecnólogo Médico del Perú para mi correspondiente colegiatura.

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

_____, _____ de _____ de _____

Adjunto todos los requisitos de acuerdo a las resoluciones N°164-CTMP-CN/2021 de fecha 13 de mayo de 2021 y N°183-CTMP-CN/2021 de fecha 21 de mayo de 2021 y N°251-CTMP-CN/2021 de fecha 23 de junio de 2021; de acuerdo al anexo que corresponde a mi tipo de colegiatura.

Firma

DNI: _____

Teléfono: _____

Correo: _____



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR – F O - 0 3
	FICHA DE DATOS	VERSIÓN :	0 3

INSTRUCCIONES: complete sus datos correctamente con letra legible **IMPRENTA (Mayúscula y Minúscula con tilde y diéresis)** donde corresponda)

FECHA: ... / ... / ...

1. DATOS PERSONALES

- 1.1 CTMP N°: _____ (Llenado por el CN – CTMP)
- 1.2 Apellidos: _____
- 1.3 Nombres: _____
- 1.4 D N I N°: _____ 1.5 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
- 1.6 Estado Civil: _____ 1.7 Grupo Sanguíneo: _____
- 1.8 Domicilio Actual: A v. / Calle / Jr.: _____
- 1.9 Número / Mz. / Lt : _____ Urb : _____
 Distrito: _____ Provincia : _____
 Departamento: _____
- 1.10 Telf. Domicilio: _____ Telf. Celular: _____
 Telf. Referencia: _____
- 1.11 Correo Electrónico: _____

2. DATOS ACADÉMICOS

- 2.1 Grado de Bachiller en: _____
- 2.2 Universidad de procedencia: _____
- 2.3 Fecha de obtención del Grado de Bachiller: ____/____/____ N° de Bachiller: _____
- 2.4 Título Profesional: _____
- 2.5 Universidad de procedencia: _____
- 2.6 Fecha de obtención del Título Profesional: ____/____/____ N° de Título: _____
- 2.7 Modalidad de Titulación:
 Tesis: Trabajo de Suficiencia Profesional:



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

Declaración Jurada

Yo, _____

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

DECLARO BAJO JURAMENTO, la autenticidad de los datos consignados y que el título presentado por mi persona se encuentra inscrito ante la SUNEDU. 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

DNI N° _____



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR - FO -06
	DECLARACIÓN JURADA DE CORRECTA ESCRITURA DE NOMBRES	VERSIÓN:	01

DECLARACIÓN JURADA DE CORRECTA ESCRITURA DE NOMBRES Y APELLIDOS

Por intermedio de la presente, declaro bajo juramento que mis nombres y apellidos se escriben, según consta en __
_____, como señalo a continuación (*)

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombre(s): _____

(Escribir apellido y nombre(s) en mayúscula y minúscula según corresponde. Colocar tildes o diéresis según corresponda.
No utilizar solo mayúsculas)

_____, de _____ de _____

Firma

DNI: _____

(*) IMPORTANTE

1. Llenar el formato con letra imprenta y legible.
2. Utilizar letras mayúsculas solo para la primera letra de los apellidos y nombres (el resto de letras, con minúscula)
3. Señalar tildes, diéresis y otros.
4. Cualquier enmendadura invalida el documento.

Documento para uso exclusivo del CONSEJO NACIONAL DEL CTMP Se prohíbe su reproducción total o parcial sin la autorización del CONSEJO NACIONAL DEL CTMP Se considera copia no controlada a toda copia impresa que no lleve el sello de COPIA CONTROLADA.



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR-FO-07
	FICHA PARA ELABORACIÓN VIRTUAL DE CARNÉ	VERSIÓN:	03

FICHA PARA ELABORACIÓN DE CARNÉ

NOTA: COMPLETE SUS DATOS CORRECTAMENTE CON LETRA LEGIBLE **IMPRENTA** (**mayúscula y minúscula con tilde y diéresis donde corresponda**), PARA EVITAR ERRORES EN LA IMPRESIÓN DE SU CARNÉ

DATOS AL ANVERSO

ÁREA : _____

APELLIDOS : _____

NOMBRES : _____

(Llenado por el CN CTMP)

N° DE COLEGIATURA : _____

DATOS DEL REVERSO

DNI. N° : _____

PEGAR FOTO AQU

**LA FIRMA DEBE ESTAR CON LAPICERO NEGRO, EN EL CENTRO Y NO SALIRSE DEL
RECUADRO**

Documento para uso exclusivo del CONSEJO NACIONAL DEL CTMP. Se prohíbe su reproducción total o parcial sin la autorización de **CONSEJO NACIONAL DEL CTMP**. Se considera copia no controlada a toda copia impresa que no lleve el sello de **COPIA CONTROLADA**.