

 <p style="text-align: center;"><b>CONSEJO REGIONAL I (LIMA-CALLAO-ICA) DEL COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ</b></p>	CODIGO:	FO-PPR-15	
	<b>SOLICITUD DE LA CONSTANCIA DE HABILIDAD PROFESIONAL</b>	VERSION:	3
		PAGINA:	1 de 1
	N° Certificado		

**I.- DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre y Apellidos:	<input type="text"/>	Número de colegiatura	<input type="text"/>	Fecha de solicitud	<input type="text"/>
Número Celular:	<input type="text"/>	Correo Electrónico:	<input type="text"/>		

**II.- CONTENIDO**

A través del presente documento, solicito a Ud. Sr. Presidente del Consejo Regional I del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, la emisión y entrega de mi Constancia de habilidad Profesional actualizada.

-----  
**Firma del Solicitante**

-----  
**Firma de la Repcionista**