

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

(Llenado por el CRI-CTMP)

I.- DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: Número de colegiatura Fecha de solicitud

Número Celular: Correo Electrónico:

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 de 90 días, encontrándome al día con mis aportaciones mensuales.

Firma del Solicitante

Firma de la Recepcionista