

| | | |
|--|----------------|-----------|
|  <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