



**COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL
PERÚ CONSEJO NACIONAL**

CODIGO:

PPR-FO-01

**SOLICITUD DE DOBLE
REGISTRO DEL TÍTULO PROFESIONAL**

VERSIÓN:

01

Solicito: Doble Registro del Título Profesional

SEÑOR(A) DECANO(A) NACIONAL DEL CTMP

S.D

Yo, _____ de _____ años de edad,

(Apellidos y nombres del solicitante)

Identificado con DNI N.º _____, 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 elevar el presente Título al Consejo Nacional del Colegio Tecnólogo Médico del Perú para el correspondiente Registro del Título Profesional.

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

Lima, _____ de _____ del _____

Adjunto:

- Solicitud dirigida al Decano Nacional solicitando el Doble Registro del Título Profesional
- Título Profesional.
- Pago por tramite documentario por el monto de s/50.00 soles

N° de cuenta Consejo Nacional ()**

Banco Interbank: 0113000421001

Banco Continental: 0011-0150-0100020307

Firma

DNI: _____

Teléfono: _____

Correo: _____

Documento para uso exclusivo del CONSEJO DEL CTMP. Se considera copia no controlada a toda copia impresa que no lleve el sello de COPIA CONTROLADA. NACIONAL DEL CTMP.

Se prohíbe su reproducción total o parcial sin la autorización de CONSEJO NACIONAL.