



COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ
CONSEJO REGIONAL I

FORMATO DE ASESORAMIENTO

Nombres y Apellidos:

N°CTMP.....DNI:.....Dirección:.....

Correo electrónico:..... Teléfono:.....

Tipo de Asesoramiento:.....

Fecha del evento:..... Hora del Evento:.....

Descripción de los hechos:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

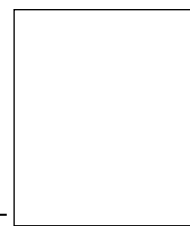
.....

.....

.....

A lo cual anexo los siguientes Medios Probatorios:

Fecha del escrito: / /



Firma

Huella