	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ **CONSEJO REGIONAL I**
	FORMATO DE DENUNCIA

Nombres y Apellidos del Denunciante: …… …….....

…… N° CTMP……

DNI:…….. Dirección:……..

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

Profesional o Entidad Denunciada:…….....

Lugar de los hechos …….....

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

Descripción de los hechos:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

A lo cual anexo los siguientes Medios Probatorios:

- -.

- -.

- -.

Fecha del escrito: / /

Firma Huella