



Colegio Tecnológico Médico del Perú

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR – F O - 0 3
	FICHA DE DATOS	VERSIÓN :	0 3

INSTRUCCIONES: complete sus datos correctamente con letra legible **IMPRENTA (Mayúscula y Minúscula con tilde y diéresis)** donde corresponda)

FECHA: / /

1. DATOS PERSONALES

- 1.1 CTMP N°: _____ (Llenado por el CN – CTMP)
- 1.2 Apellidos: _____
- 1.3 Nombres: _____
- 1.4 D N I N°: _____
- 1.5 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
- 1.6 Estado Civil: _____
- 1.7 Grupo Sanguíneo: _____
- 1.8 Domicilio Actual: A v. / Calle / Jr.: _____
- 1.9 Número / Mz. / Lt : _____ Urb : _____
- Distrito: _____ Provincia : _____
- Departamento: _____
- 1.10 Telf. Domicilio: _____ Telf. Celular: _____
- Telf. Referencia: _____
- 1.11 Correo Electrónico: _____

2. DATOS ACADEMICOS

- 2.1 Grado de Bachiller en: _____
 - 2.2 Universidad de procedencia: _____
 - 2.3 Fecha de obtención del Grado de Bachiller: ____/____/____ N° de Bachiller: _____
 - 2.4 Título Profesional: _____
 - 2.5 Universidad de procedencia: _____
 - 2.6 Fecha de obtención del Título Profesional: ____/____/____ N° de Título: _____
 - 2.7 Modalidad de Titulación:
- T e s i s : Trabajo de Suficiencia Profesional :

Documento para uso exclusivo del CONSEJO NACIONAL DEL CTMP Se prohíbe su reproducción total o parcial sin la autorización del CONSEJO NACIONAL DEL CTMP Se considera copia no controlada a toda copia impresa que no lleve el sello de COPIA CONTROLADA.