



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CÓDIGO:	PPR – F O - 0 2
	SOLICITUD DIRIGIDA AL PRESIDENTE REGIONAL	VERSIÓN:	0 5

Solicito: Inscripción como Miembro de la Orden del Colegio Tecnólogo Médico del Perú

SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO REGIONAL _____

S.P

Yo _____ de _____ años de edad.

(Apellidos y nombres del solicitante)

Identificado (a) con DNI N° _____ 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 a elevar el presente expediente al Consejo Nacional del Colegio Tecnólogo Médico del Perú para mi correspondiente colegiatura.

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

_____, _____ de _____ de _____

Adjunto todos los requisitos de acuerdo a las resoluciones N°164-CTMP-CN/2021 de fecha 13 de mayo de 2021 y N°183-CTMP-CN/2021 de fecha 21 de mayo de 2021 y N°251-CTMP-CN/2021 de fecha 23 de junio de 2021; de acuerdo al anexo que corresponde a mi tipo de colegiatura.

Firma


DNI: _____

Teléfono: _____

Correo: _____



Colegio Tecnólogo 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:
- Tesis: 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.



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

Declaración Jurada

Yo, _____

identificado (a) con DNI N° _____, con domicilio en _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, la autenticidad de los datos consignados y que el título presentado por mi persona se encuentra inscrito ante la SUNEDU. De verificarse la falsedad de todo o parte de la presente Declaración Jurada me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411º del Código Penal, concordante con el artículo 32º de la Ley N.º 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General. En fe de lo cual firmo la presente.

Lugar y fecha, _____

FIRMA

DNI N° _____

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____-identificado con DNI
N.º _____, y con domicilio en _____;

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- Que, la documentación que presento de manera virtual es fiel al original, que cumpliré con presentar al Colegio Tecnólogo Médico del Perú en un plazo máximo de 30 días contados al día siguiente de concluido el Estado de Emergencia.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411º del Código Penal, concordante con el artículo 32º de la Ley N.º 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General. En fe de lo cual firmo la presente.

En la Ciudad de _____, de _____ del 20 ____.

Nombre:
Dni N°

JURAMENTACIÓN EXCEPCIONAL

, de de 20__.

Yo,....., con DNI N°, domiciliado (a) en, Distrito de, Provincia de, Departamento de, egresado (a) de la Universidad, área, habiéndose entregado el registro de matrícula del Colegio Tecnólogo Médico del Perú N°....., mediante Resolución N°, me dirijo al Consejo Regional del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, sus miembros directivos y de la orden.

Juro por Dios y por mi honor; ejercer la profesión observando los principios éticos, deontológicos y científicos, cumplir fielmente la Ley, el Estatuto, el Código de Ética, los Reglamentos y Normas del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, contribuyendo a realzar el honor, prestigio y el decoro de la profesión de Tecnología Médica.

Por consecuencia de proceder en contra de lo juramentado me someto a las sanciones disciplinarias correspondientes con todas las prerrogativas emanadas por Ley ante el Colegio Tecnólogo Médico del Perú.

Firmo y coloco mi huella dactilar del índice derecho, en señal de conformidad.

NOMBRES Y APELLIDOS:

.....

DNI:



RECUADRO DE HUELLA DACTILAR



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR - FO -06
	DECLARACIÓN JURADA DE CORRECTA ESCRITURA DE NOMBRES	VERSIÓN:	01

DECLARACIÓN JURADA DE CORRECTA ESCRITURA DE NOMBRES Y APELLIDOS

Por intermedio de la presente, declaro bajo juramento que mis nombres y apellidos se escriben, según consta en __
_____, como señalo a continuación (*)

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombre(s): _____

(Escribir apellido y nombre(s) en mayúscula y minúscula según corresponde. Colocar tildes o diéresis según corresponda.
No utilizar solo mayúsculas)

_____, de _____ de _____

Firma

DNI: _____

(*) IMPORTANTE

1. Llenar el formato con letra imprenta y legible.
2. Utilizar letras mayúsculas solo para la primera letra de los apellidos y nombres (el resto de letras, con minúscula)
3. Señalar tildes, diéresis y otros.
4. Cualquier enmendadura invalida el documento.

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.



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	PPR-FO-07
	FICHA PARA ELABORACIÓN VIRTUAL DE CARNÉ	VERSIÓN:	03

FICHA PARA ELABORACIÓN DE CARNÉ

NOTA: COMPLETE SUS DATOS CORRECTAMENTE CON LETRA LEGIBLE **IMPRENTA** (**mayúscula y minúscula con tilde y diéresis donde corresponda**), PARA EVITAR ERRORES EN LA IMPRESIÓN DE SU CARNÉ

DATOS AL ANVERSO

ÁREA : _____

APELLIDOS : _____

NOMBRES : _____

(Llenado por el CN CTMP)

N° DE COLEGIATURA : _____

DATOS DEL REVERSO

DNI. N° : _____

PEGAR FOTO AQUÍ

**LA FIRMA DEBE ESTAR CON LAPICERO NEGRO, EN EL CENTRO Y NO SALIRSE DEL
RECUADRO**

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