

	CONSEJO REGIONAL I (LIMA-CALLAO-ICA) DEL COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ		CODIGO:	FO-PPR-15
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE HABILIDAD PROFESIONAL Sistema de Gestión de la Calidad		VERSION:	2
			PAGINA:	1 de 1
			N° Certificado	

I.- DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos:	<input type="text"/>	Número de colegiatura	<input type="text"/>	Fecha de solicitud	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	--------------------	----------------------

II.- CONTENIDO

A través del presente documento, solicito a Ud. Sr. Presidente del Consejo Regional I del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, la emisión y entrega de mi Certificado de habilidad Profesional actualizada.

Firma del Solicitante

Firma de la Recepcionista