

MODELO DE SOLICITUD DE RECERTIFICACION

....., de del
(Region) (D a) (Mes) (Año)

Senor Doctor
CESAR PALOMINO COLINA
Decano Nacional
Colegio Medico del Peru
Presente.-

Yo,, Medico Cirujano identificado con
CMP N° con la especialidad de y
RNE N° procedente del Consejo Regional, ante Ud. con el
debido respeto digo:

Que siendo necesaria la Recertificacion, solicito a su digno Despacho, disponer a
quien corresponda se proceda al tramite del mismo, para lo cual adjunto la
documentacion correspondiente.

Atentamente,




.....
Firma
CMP N°:

Telefonos:

Correo Electronico:

SISTCERE - Colegio Médico del Perú

Lunes a Viernes de 08.30 a 13.30 y de 14.30 a 17.30 hrs

 213 1400 anexo 2203
 sistcere@cmp.org.pe
 www.cmp.org.pe