

MODELO DE SOLICITUD DE RECERTIFICACION

....., de del
(Región) (Día) (Mes) (Año)

Señor Doctor

PEDRO MIGUEL PALACIOS CELI

Decano Nacional

Colegio Médico del Perú

Presente.-

Yo,, Médico 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 Recertificación, solicito a su digno Despacho, disponer a quien
corresponda se proceda al trámite del mismo, para lo cual adjunto la documentación
correspondiente.

Atentamente,


.....
Firma
CMP N°:


Teléfonos:

Correo Electrónico:

SISTCERE - Colegio Médico del Perú

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

 399 4625 / 3994626

 sistcere@cmp.org.pe

 www.cmp.org.pe