

## SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
(Región) (Día) (Mes) (Año)

Dra.

**LILIANA DEL CARMEN CABANI RAVELLO**

Decana 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**

Av. 28 de Julio 776 – Piso 7 - Miraflores

Lunes a Viernes de 08:30 a 13:30 y 14:30 a 17:30 hrs.

 399-4625 / 399-4626

 [sistcere@cmp.org.pe](mailto:sistcere@cmp.org.pe)

 [www.cmp.org.pe/sistcere](http://www.cmp.org.pe/sistcere)