

FORMATO N° 1

SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

_____ de _____ del _____
(Región) (Día) (Mes) (Año)

Señor Doctor

PEDRO ANTONIO RIEGA LOPEZ

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 habitual: _____


Correo electrónico alternativo: _____

Centro de Desarrollo de Competencias Médicas - CDCM del Colegio Médico del Perú

 (01) 6419847 opción 7

 986033128

 recertificacionmedica@cmp.org.pe

 recertificacion@cmp.org.pe

 <https://www.cmp.org.pe/cdcm/>