

SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

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

Señor Doctor
MIGUEL PALACIOS CELIS
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

Av. 28 de Julio 776 – Piso 9 - Miraflores

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

 399-4620  creditaje@cmp.org.pe / recertificacion@cmp.org.pe

 www.cmp.org.pe/sistcere