



# RE

## COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ FICHA DE RECARNETIZACIÓN

**INSTRUCCIONES:** Llenar la ficha con letra de imprenta y clara. Si selecciona la opción "Otro", detalle esa opción.

CMP:	Fecha de Nacimiento	Foto (Pasaporte a colores)  <input type="checkbox"/> en archivo CMP  <input type="checkbox"/> cambio o nueva foto
Consejo Regional:	Día / mes / año	
Apellido paterno:		
Apellido materno:		
Nombres:		
Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:		Número:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro: .....		

### DOMICILIO

Departamento:	Provincia:	Distrito:
<input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Condominio <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Urbanización <input type="checkbox"/> Otro: .....		
<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Jirón <input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Barrio <input type="checkbox"/> Otro: .....		
Teléfono(s):	Celular(es):	Fax:
Correo(s) electrónico(s):		

### POST GRADOS. Especialidades, Maestrías, Doctorados, Diplomados, otros.

Post grado	Universidad	RNE

Recertificado: No  Si  : ¿Cuándo? / /

### INFORMACIÓN LABORAL

Institución:
Sector: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado
Grupo ocupacional <input type="checkbox"/> Minsa <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Sanidad ..... <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Otro: .....
Tipo de establecimiento <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituto <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Posta médica <input type="checkbox"/> Otro: .....

**FIRMA**

Fecha	/	/
Día	mes	año