

MODELO DE SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

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

Señor Doctor

JUAN VILLENA VIZCARRA

Decano Nacional

Colegio Médico del Perú

Presente.-

Yo, _____,
Médico Cirujano identificado con DNI _____, 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°: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____