****

**Evaluación de Suficiencia Profesional**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Doctora**

**LILIANA DEL CARMEN CABANI RAVELLO**

**Decana del Colegio Médico del Perú**

**Presente.-**

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con**

**DNI/CE/PTP N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:**

**Que, habiéndose iniciado el proceso de Evaluación de Suficiencia Profesional para la obtención de colegiatura en el CMP. Solicito a usted considere mi inscripción en la Evaluación que se realiza en el Centro de Evaluación de Competencias Profesionales (CECP) del SISTCERE, en:**

**Fase I: Evaluación de Conocimiento**

**Fase II: Evaluación de Desempeño y Producto**

**Consejo Regional en el cual me inscribiré: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Atentamente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del postulante**

**Miraflores, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2019**

******

**Evaluación de Suficiencia Profesional**

**FORMATO DE ELECCION DE NORMAS DE COMPETENCIAS PARA EL EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO Y PRODUCTO (FASE II)**

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con**

**DNI/CE/PTP: N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Declaro haber sido informado que de obtener nota igual o mayor a 13 en la Fase I (Evaluación de Conocimientos) de la Evaluación de Suficiencia Profesional para la obtención de colegiatura en el CMP, podré acceder a la Fase II de Evaluación de Desempeño y Producto que se realizará en el Centro de Evaluación de Competencias Profesionales (CECP) del SISTCERE, para lo cual elijo voluntariamente tres (03) de las siguientes Normas de Competencias**

****

**Pediatría**

**Medicina**

**Reanimación Cardio Pulmonar**

**Gineco Obstetricia**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del postulante**

**Miraflores, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2019**