

SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

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

Señor Doctor
JOSE RAUL URQUIZO ARESTEGUI
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: _____

**Sistema de Certificación y Recertificación del Médico Cirujano y Médicos Especialistas
SISTCERE - Colegio Médico del Perú**

 (01) 6419847 opción 7

 986033128

 creditaje@cmp.org.pe

 recertificacion@cmp.org.pe

 <https://www.cmp.org.pe/sistcere-2/>