

## 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

 [recertificacionmedica@cmp.org.pe](mailto:recertificacionmedica@cmp.org.pe)

 [recertificacion@cmp.org.pe](mailto:recertificacion@cmp.org.pe)

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