

**Ficha de Registro de Datos**

**SI ESTÁ INTERESADO EN LA SEGUNDA ESPECIALIDAD QUE OFRECE LA ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA, LE SOLICITAMOS LLENAR SUS DATOS PARA REMITIR INFORMACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres | **:** |  |
| Apellido Paterno | **:** |  |
| Apellido Materno | **:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Segunda Especialidad Profesional que pretende estudiar: |  | Fecha Emisión DNI |  |
|   | Fisioterapia en Pedriatría |  | Fecha Caducidad DNI |   |
|  | Hemoterapia y Banco de Sangre |  |  | Fecha de Nacimiento |   |
|   | Tecnología en Tomografía Computarizada |  Nº CTMP |  |   |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA** | **¿CÓMO SE ENTERÓ?** |
| **(marque con una x)** |  **(marque con una x)** |
|  |  |
| UPCH  |   | Página web: |   |
| UNMSM  |  | Un amigo |  |
| UNFV  |   | E-mail |   |
| WIENER |   | Facebook |   |
| OTRA (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   | Colegio Tecnólogo Médico del Perú |   |
| Indicar de que otra forma se enteró:  |
| Nombre del centro de trabajo:  |
| Dirección de su centro de trabajo:  |
| Servicio donde labora:  |
| Años de experiencia:  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfonos: Fijo: |  | Móvil: |  | Trabajo: |  |
| Correo electrónico: |  |  |  |  |  |
| Dirección: |  |  |  |  |  |
| Urb.: |  | Distrito: |  | Dpto. : | Lima |

**DNI N° : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**