

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