

SOLICITUD DE REGISTRO DE MÉDICO Y CIRUJANO

REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS -RENAP-

Fecha de solicitud:

Respetuosamente solicito al Registrador Civil de las Personas realizar registro de Médico y Cirujano de conformidad a los datos siguientes:

1. DATOS DEL MÉDICO Y CIRUJANO

Nombres y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Lugar de origen:

Tipo de documento de
identificación:DPI
PasaporteNúmero de documento
de identificación:

Otro (especifique):

Dirección de residencia:

Número de teléfono:

2. DATOS DEL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

Universidad que extiende el
título:Fecha en que se extendió el
título:Lugar en que se extendió el
título:Número de registro del título de
la universidad que lo extiende:

Número de colegiado:

Número de registro del título de
la Contraloría General de
Cuentas:

Declaro que la información consignada en la presente solicitud de registro de Médico y Cirujano es verídica y correcta a la fecha de hoy. Entiendo y acepto que el Registro Nacional de las Personas -RENAP- NO es responsable de la información errónea, incongruente y/o inconsistente proporcionada por el compareciente de manera directa o indirecta que pueda inducir a error en la inscripción solicitada.

Médico y Cirujano
Firma y sello