



# *Colegio de Obstetras del Perú*

## *Consejo Nacional*



### **SOLICITUD DE INSCRIPCION**

**Solicita (o):** Inscripción al proceso de Certificación Profesional.

Señor (a) Decano (a) del Colegio de Obstetras del Perú  
S.D.

\_\_\_\_\_ identificada (o) con  
documento de identidad N° \_\_\_\_\_, con numero de colegiatura **COP:** \_\_\_\_\_,  
domiciliada (o) en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ante usted me presento y expongo:

Que, en cumplimiento a las normas vigentes y habiendo cumplido con los requisitos  
establecidos, solicito a usted, sirva indicar a quien corresponde mi inscripción para ser  
admitida (o) en el proceso de certificación Profesional por Competencias en obstetricia.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del postulante

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

**Adjunto:** Requisitos establecidos por el colegio de Obstetras del Perú.