



COLEGIO PROFESIONAL DE PROFESORES DEL PERÚ

CPPP FUNDADO CON R.M. 4147/68-ED Y CREADO POR LEY N° 25231

SEDE NACIONAL: AV. AREQUIPA N° 3669, SAN ISIDRO. LIMA - PERÚ.

CELULAR - WHATSAPP: 938-531979 TELÉFONO: (01) 579-4236

E-mail: colegiodeprofesoresdelperu@gmail.com www.colegiodeprofesoresdelperu.org

N° INSCRIPCIÓN:

N° REG. CPPP:

REGIÓN:

FICHA ÚNICA DE TRÁMITE – FUT

SEÑOR DECANO NACIONAL DEL COLEGIO PROFESIONAL DE PROFESORES DEL PERÚ

Yo, _____

[NOMBRE(S)]

[PRIMER APELLIDO]

[SEGUNDO APELLIDO]

Identificado(a) con DNI C.E. Otro Doc. N°: _____ Sexo: M F F. Nacim. ___/___/___

Con domicilio real en: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Telf. Fijo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

ACREDITO EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Normalista Profesor(a) Licenciado(a) en Educación

Expedido por: _____ N° Reg. del Título: _____

Inscrito en el Registro de Grados y Títulos:

Ministerio de Educación Dirección Regional de Educación ANR SUNEDU

CONDICIÓN LABORAL:

Contratado Nombrado Jubilado/Cesante Desempleado Otro: _____

Laborando en:

I.E. Estatal I.E. Privada Otro: _____

Centro de Trabajo:

Institución: _____

Dirección: _____ Telf. : _____

ME DIRIJO A USTED PARA SOLICITAR LO SIGUIENTE:

INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE LA COLEGIATURA. <input type="checkbox"/>	DIPLOMA DE PROFESOR COLEGIADO. <input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE HABILITACIÓN PROFESIONAL. <input type="checkbox"/>	CINTA Y MEDALLA DEL CPPP. <input type="checkbox"/>
CARNÉ DE PROFESOR COLEGIADO. <input type="checkbox"/>	OTRO: <input type="checkbox"/>

Explique su solicitud: _____

ENVÍO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO IMÁGENES EN ARCHIVOS PDF Y/O JPG ADJUNTOS EN EL E-MAIL:

Voucher del Depósito o Constancia de Transferencia. <input type="checkbox"/>	DNI, C.E. u otro Documento de Identidad. <input type="checkbox"/>
Ficha Única de Trámite – FUT. <input type="checkbox"/>	Fotografía de frente a color con ropa formal. <input type="checkbox"/>
Ficha de Declaración Jurada – FDJ. <input type="checkbox"/>	Carné de Colegiado CPPP. <input type="checkbox"/>
Título Profesional. <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>

Solicitud presentada en la ciudad de _____, a los ___ días del mes de _____ del año 20 ___

Firma del Profesor(a)