



TIPO DE DENUNCIA: De Parte
De Oficio

COLEGIO MEDICO DEL PERÚ / CONSEJO REGIONAL III – LIMA

FORMATO DE DENUNCIA ÉTICA

1. DATOS DEL DENUNCIANTE

1.1. _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

DIRECCIÓN COMPLETA

N° TELEFONO Y/O CELULAR CORREO ELECTRONICO

2. DATOS DEL DENUNCIADO Y/O DENUNCIADOS:

2.1. _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

N° CMP ESPECIALIDAD

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO Y/O CONSULTORIO

2.2. _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

N° CMP ESPECIALIDAD

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO Y/O CONSULTORIO

2.3. _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

N° CMP ESPECIALIDAD

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO Y/O CONSULTORIO

Fecha

Firma