



## FORMATO TIPO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA  
EL REGISTRO NACIONAL DE MAESTRÍA

CÓDIGO DE FORMATO

LVRNM-CNP01-2025

VERSIÓN

1.0-25/01/2025

Nombres y apellidos del interesado:

Nº	REQUISITOS	COLOCAR "SÍ" O "NO" CUMPLE		
		REV.	APR.	
1	Solicitud dirigida al Decano(a) Nacional, solicitando la inscripción en el Registro Nacional de Maestría ( <i>STM-CNP01-2025</i> ). <b>(*) Tres (3) solicitudes (Consejo Nacional, Consejo Regional y cargo para el interesado).</b>			
2	Llenar dos (2) Juegos de la Ficha de Registro Nacional de Maestría ( <i>FRNM-CNP01-2025</i> ).			
3	Tres (3) fotografías recientes tamaño pasaporte a color en fondo blanco. <b>(**) Las fotografías deben presentarse de la siguiente manera:</b> Rotuladas al reverso con el nombre completo del solicitante (letra imprenta). Dentro de un cobertor transparente. Engrapado en una hoja A-4. Damas: Traje Sastre. Caballeros: Saco y corbata, sin anteojos.			
4	Dos (2) Certificado original de la habilidad profesional vigente. <b>(***) No tener deuda en el Colegio de Nutricionistas del Perú (verificado en el SANU).</b>			
5	Presentación del Documento de Identidad: Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de extranjería (CE).			
6	Presentar el diploma original de Maestría. <b>El diploma original de maestría será derivado por el Consejo Regional ante el Consejo Nacional para colocar el sello correspondiente con el número de RNM.</b>			
7	Dos (2) copias legalizadas del original en formato A4 del <b>Diploma de Maestría</b> otorgado por una Universidad peruana (Pública o Privada).			
8	Dos (2) copias simples del original de la Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Grados y Títulos (SUNEDU). <b>(****) En el caso de extranjeros (agregar):</b> Dos (2) copias legalizadas del original de la Resolución de Reconocimiento del Título Profesional (autorizado por SUNEDU).			
9	Voucher (original) y una (1) copia simple de pago por concepto Maestría por el monto de S/200.00 soles. En el agente Interbank o APP Interbank, de acuerdo al Consejo Regional donde realiza el trámite. Enviar voucher al correo: <a href="mailto:sanu@cnp.org.pe">sanu@cnp.org.pe</a> Número de celular: <b>949 120 484</b>			
	RESPONSABLE	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA	VºBº
Rev.	Decano(a) del Consejo Regional			
Apr.	Decano(a) del Consejo Nacional			

**Abreviaturas:** Rev. - Revisado y Apr. - AprobadoPara consultas sobre el proceso de trámite, comunicarse al **949 112 954**; [secretaria.colegiados@cnp.org.pe](mailto:secretaria.colegiados@cnp.org.pe)**NOTA:**

- EL FORMATO DEBE SER LLENADO CON LAPICERO DE TINTA AZUL, LETRA MAYÚSCULA; EXCEPTO LA FIRMA DEL COLEGIADO QUE DEBE SER CON LAPICERO DE TINTA NEGRA.
- EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER REQUISITO GENERA DEVOLUCIÓN DEL EXPEDIENTE.



**FORMATO TIPO**

**SOLICITUD DE TRÁMITE DE REGISTRO  
NACIONAL DE MAESTRÍA**

<b>CÓDIGO DE FORMATO</b>
STM-CNP01-2025
<b>VERSIÓN</b>
1.0-25/01/2025

Solicito: Inscripción en el Registro  
Nacional de Maestría

**MG. ROSA ELENA CRUZ MALDONADO**  
Decana Nacional  
**Colegio de Nutricionistas del Perú**  
Presente. -

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con Documento de Identidad N° \_\_\_\_\_, con registro CNP \_\_\_\_\_ y domiciliado en \_\_\_\_\_

con N° de celular \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_

ante usted me presento y expongo:

Que habiendo obtenido el Título de Maestría en \_\_\_\_\_, satisfactoriamente en la Universidad \_\_\_\_\_, en la modalidad de \_\_\_\_\_.

Solicita a usted se sirva aceptar mi inscripción en el Registro Nacional de Maestría del Colegio de Nutricionistas del Perú, y ordene a quien corresponda cumpla con mi solicitud por considerarla justa.

Aprovecho la oportunidad que me brinda la presente, para expresarle mi reconocimiento y los sentimientos de mi consideración y alta estima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma  
Nombre y

\_\_\_\_\_  
Huella

apellidos: DNI o CE:



## FORMATO TIPO

## FICHA DE REGISTRO NACIONAL DE MAESTRÍA

CÓDIGO DE FORMATO

FRNM-CNP01-2025

VERSIÓN

1.0-25/01/2025

CONSEJO REGIONAL	Nº COL. CNP	Nº RESOLUCIÓN DEL CN	Nº REG. NAC. MAESTRÍA	FECHA DE REG. NAC. MAESTRÍA			
				Día	Mes	Año	
							<b>PEGAR FOTO TAMAÑO PASAPORTE 4.0 X 4.5 CM</b>
<i>*Deben ser llenados por el Consejo Nacional del Colegio de Nutricionistas del Perú</i>							
<b>I. INFORMACIÓN PERSONAL</b>							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres			
<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>GRUPO SANGUÍNEO:</b>		<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)		<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Conviviente	
<b>NACIMIENTO:</b>	Día	Mes	Año	País	Distrito	Provincia	Departamento
<b>Nº DNI:</b>	<b>Nº C. EXTRANJ.:</b>		<b>Nº TELÉF.</b>	<b>Nº CELULAR:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		
<b>DOMICILIO:</b>	Jr. / Calle / Av.					Urbanización / AA.HH	
Distrito		Provincia				Departamento	
<b>¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de Discapacidad:				Nº Registro CONADIS:		
<b>FACEBOOK:</b>		<b>INSTAGRAM:</b>			<b>X:</b>		

<b>II. INFORMACIÓN LABORAL</b>							
<b>MODALIDAD:</b> <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	<b>NOMBRE DEL CENTRO DEL TRABAJO:</b>			<b>CARGO:</b>			
<b>CONDICIÓN LABORAL:</b> <input type="checkbox"/> Nombrado <input type="checkbox"/> Contrato 728	<input type="checkbox"/> Contrato 276	<input type="checkbox"/> Contrato CAS	<input type="checkbox"/> CAS Indeterminado	<input type="checkbox"/> Locación de Servicio	<input type="checkbox"/> Cesante	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Otros especificar: _____
<b>DIRECCIÓN:</b>	Jr. / Calle / Av.			Distrito	Provincia	Departamento	
<b>Nº TELÉF:</b>	<b>Nº CELULAR:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		<b>TIENE OTRA OCUPACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 1. _____ 2. _____			
<b>TIPO DE SEGURO CON EL QUE CUENTA:</b> <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> Otros: _____				<b>TIPO DE FONDO DE PENSIONES CON EL QUE CUENTA:</b> <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> ONP <input type="checkbox"/> Otros: _____			

<b>III. INFORMACIÓN ACADÉMICA</b>								
<b>UNIVERSIDAD QUE OTORGA LA MAESTRÍA:</b>			<b>PAÍS:</b>	<b>SEDE PRINCIPAL:</b>	<b>SEDE DE ESTUDIO:</b>			
<b>¿CÓMO OBTUVO EL TÍTULO DE MAESTRÍA?</b> <input type="checkbox"/> Curso Profesional <input type="checkbox"/> Tesis	<b>MODALIDAD</b> <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Semipresencial <input type="checkbox"/> Virtual		<b>NOMBRE DE TESIS:</b>					
<b>RESOLUCIÓN RECTORAL:</b>		Día	Mes	Año	<b>Nº Resolución:</b>		<b>Nº Libro</b>	<b>Nº Hoja</b>
<b>CURSO DE POSGRADO O ACTUALIZACIÓN</b> (menciones los más recientes) 1. _____ 2. _____				<b>IDIOMAS</b> Inglés <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado Italiano <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado Otros <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado				

3. \_\_\_\_\_ Indicar Idiomas \_\_\_\_\_

**IV. FONDO DE ASISTENCIA SOCIAL - FAS**

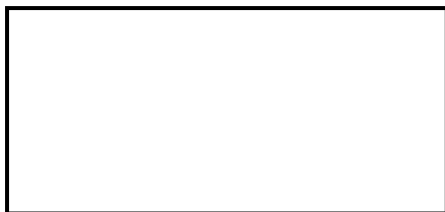
De acuerdo a lo establecido en el Art. 82 del Estatuto, Art. 133 del Reglamento del Estatuto del Colegio de Nutricionistas del Perú y del Reglamento del Fondo de Asistencia Social, en caso de fallecimiento, Declaro Bajo Juramento nombrar como beneficiario(s) a:

Nombres y Apellidos	DNI	F. Nacimiento	Parentesco	Nº Celular	Domicilio
1.					
2.					

Correo electrónico 1: \_\_\_\_\_ Correo electrónico 2: \_\_\_\_\_

**CLAÚSULA DE PRIVACIDAD DE DATOS**

De acuerdo a la Ley de Protección de Datos personales – Ley N° 29733 y su reglamentación, el suscrito NO autoriza al Colegio de Nutricionistas del Perú a proporcionar los datos personales mencionados en este documento a terceros.



FIRMA CON LAPICERO DE TINTA NEGRA



HUELLA DEL COLEGIADO

**NO EXCEDERSE DEL RECUADRO**

Visto el expediente del solicitante el **CONSEJO REGIONAL** \_\_\_\_\_ del Colegio de Nutricionistas del Perú que suscribe, lo declara conforme.

\_\_\_\_\_  
DECANO(A)

\_\_\_\_\_  
VICE-DECANO(A)      SECRETARIO(A) GENERAL

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) ADMINISTRATIVO      SECRETARIO(A) ECONOMÍA

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) IMAGEN INSTITUCIONAL      SECRETARIO(A) CIENTÍFICO

Visto el expediente del solicitante el **CONSEJO NACIONAL** del Colegio de Nutricionistas del Perú que suscribe, lo declara conforme.

\_\_\_\_\_  
DECANO(A)

\_\_\_\_\_  
VICE-DECANO(A)      SECRETARIO(A) GENERAL

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) ADMINISTRATIVO      SECRETARIO(A) ECONOMÍA

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) IMAGEN INSTITUCIONAL      SECRETARIO(A) CIENTÍFICO