



FORMATO TIPO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE COLEGIATURA

CÓDIGO DE FORMATO
LVRNC-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 Colegiatura (STC-CNP01-2025). <i>(*) Tres (3) solicitudes (Consejo Nacional, Consejo Regional y cargo para el interesado).</i>			
2	Llenar dos (2) Declaraciones Juradas (DJ-CNP01-2025).			
3	Llenar dos (2) juegos de la Ficha de Colegiación y de Carnetización (FCYC-CNP01-2025).			
4	Tres (3) fotografías recientes tamaño pasaporte a color en fondo blanco. Además, enviar foto en formato JPG al correo: sec.colegiados.cnp@gmail.com <i>(**) Las fotografías deben presentarse de la siguiente manera: 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.</i>			
5	Presentación del Documento de Identidad: Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de extranjería (CE).			
6	Dos (2) copias legalizadas del original en formato A4 del Título Profesional otorgado por una Universidad peruana (Pública o Privada). <i>(***) De acuerdo al Art. 22 del Estatuto del CNP, El Título Profesional es Licenciado en Nutrición Humana, Nutrición y Dietética, Bromatología y Nutrición.</i>			
7	Dos (2) copias simples del original de la Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Grados y Títulos (SUNEDU) <i>(****) En el caso de extranjeros (agregar): Dos (2) copias legalizadas del original de la Resolución de Reconocimiento del Título Profesional (autorizado por SUNEDU).</i>			
8	Voucher (original) y una (1) copia simple de pago por concepto Colegiatura por el monto de S/930.00 soles. En el agente Interbank o APP Interbank, de acuerdo al Consejo Regional donde realiza el trámite. Enviar voucher al correo: sanu@cnp.org.pe Número de celular: 949 120 484			
RESPONSABLE	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA	VºBº	
Rev.	Decano(a) del Consejo Regional			
Apr.	Decano(a) del Consejo Nacional			

Abreviaturas: Rev. – Revisado y Apr. – Aprobado

Para consultas sobre el proceso de trámite, comunicarse al 949 112 954; 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 COLEGIATURA

CÓDIGO DE FORMATO	
STC-CNP01-2025	
VERSIÓN	
1.0	25/01/2025

Solicito: Inscripción en el Colegio
de Nutricionistas del Perú

Señora:

MARITZA ZELA GUEVARA

Decana Nacional

Colegio de Nutricionistas del Perú

Presente. -

Yo, _____, identificado con
Documento de Identidad N° _____ y domiciliado en

_____ con N° de celular _____ y correo electrónico _____

ante usted me presento y expongo:

Que habiendo obtenido el Título Profesional en
_____ satisfactoriamente
en la Universidad _____, en
la modalidad de _____ y deseando ejercer legalmente mi
profesión de conformidad con la Ley N° 24641 de creación del colegio de Nutricionistas del
Perú.

Solicito a usted se sirva aceptar mi inscripción en el Registro Nacional de Colegiatura en el
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 apellidos:

Huella

DNI o CE:



FORMATO TIPO
DECLARACIÓN JURADA

CÓDIGO DE FORMATO
DJ-CNP01-2025
VERSIÓN
1.0-25/01/2025

Yo, _____, identificado con
Documento de Identidad N° _____ y domiciliado en _____,

declaro bajo juramento conocer el Estatuto, Reglamento y Código de Ética del Colegio de Nutricionistas del Perú, y, por la presente me comprometo a cumplirlos.

Y para que así conste accedo a rendir el examen para evaluación y aseverar lo antes mencionado.

_____, ____ de _____ de _____

Atentamente,

_____ Firma

_____ Huella

Nombre y apellidos:

DNI o CE:

CONSEJO REGIONAL	Nº RESOLUCIÓN DEL CN	Nº COLEGIATURA	FECHA DE COLEGIACION	NOTA DE LA EVALUACIÓN	APROBADO O DESAPROBADO

* Llenado por el Consejo Nacional del Colegio de Nutricionistas del Perú



FORMATO TIPO

FICHA DE COLEGIACIÓN Y CARNETIZACIÓN

CÓDIGO DE FORMATO

FCYC-CNP01-2025

VERSIÓN

1.0-25/01/2025

CONSEJO REGIONAL	Nº RESOLUCIÓN DEL CN	Nº COLEGIATURA	FECHA DE COLEGIACIÓN		
			Día	Mes	Año

*Deben ser llenados por el Consejo Nacional del Colegio de Nutricionistas del Perú

**PEGAR FOTO
TAMAÑO
PASAPORTE
4.0 X 4.5 CM**

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	GRUPO SANGUÍNEO:	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Conviviente
NACIMIENTO:	Día	Mes	Año	País
				Distrito
Nº DNI:	Nº C. EXTRANJ.:	Nº TELÉF.	Nº CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:
DOMICILIO:	Jr. / Calle / Av.			Urbanización / AA.HH
Distrito		Provincia		Departamento
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tipo de Discapacidad:		Nº Registro CONADIS:
FACEBOOK:		INSTAGRAM:		X:

II. INFORMACIÓN LABORAL

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

III. INFORMACIÓN ACADÉMICA

UNIVERSIDAD QUE OTORGА EL TÍTULO:			PAÍS:	SEDE PRINCIPAL:	SEDE DE ESTUDIO:	
¿CÓMO OBTUVO EL TÍTULO? <input type="checkbox"/> Curso Profesional <input type="checkbox"/> Tesis		MODALIDAD: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Semipresencial <input type="checkbox"/> Virtual	NOMBRE DE TESIS:			
RESOLUCIÓN RECTORAL:		Día	Mes	Año	Nº Resolución:	
						Nº Libro
CURSO DE POSGRADO O ACTUALIZACIÓN (menciones los más recientes)			IDIOMAS			
1. _____ 2. _____ 3. _____			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
			Indicar Idiomas _____			

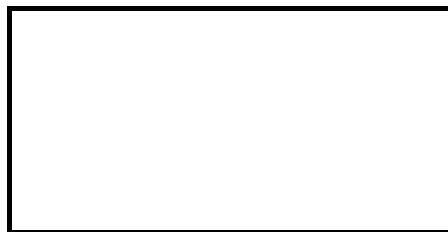
IV. FONDO DE ASISTENCIA SOCIAL - FAS

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:

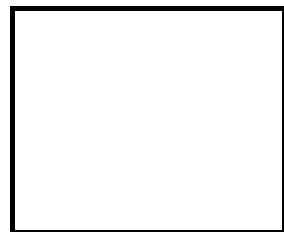
Nombres y Apellidos	DNI	F. Nacimiento	Parentesco	Nº Celular	Domicilio
1.					
2.					
Correo electrónico 1:			Correo electrónico 2:		

CLAÚSULA DE PRIVACIDAD DE DATOS

De acuerdo a la Ley de Protección de Datos personales – Ley N° 29733 y su reglamentación, el suscripto 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)

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

VICE-DECANO(A)

SECRETARIO(A) GENERAL

SECRETARIO(A)
ADMINISTRATIVO

SECRETARIO(A)
ECONOMÍA

SECRETARIO(A)
ADMINISTRATIVO

SECRETARIO(A)
ECONOMÍA

SECRETARIO(A) IMAGEN
INSTITUCIONAL

SECRETARIO(A)
CIENTÍFICO

SECRETARIO(A) IMAGEN
INSTITUCIONAL

SECRETARIO(A)
CIENTÍFICO