



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza CONTIGO



FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - FAD

FECHA: d d / m m / a a a a

I. DATOS DE LA/EL USUARIA/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO [] DNI [] CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 6 2 1 2 9 5 6 8
1.3 APELLIDO PATERNO ROJAS
1.4 APELLIDO MATERNO GUEVARA
1.5 NOMBRES HOSTER
1.6 DIRECCIÓN
DEPARTAMENTO SAN MARTIN PROVINCIA MARISCAL CACERES
DISTRITO CAMPANILLA CENTRO POBLADO CAMPANILLA
TIPO DE VÍA [] AVENIDA [X] JIRÓN [] CALLE [] PASAJE [] OTRO
NOMBRE DE LA VÍA AMANCIO ISHINIO S/N
NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO
TIPO DE ZONA [] AA.HH. [] CASERÍO [] CONJUNTO HABITACIONAL [] COOPERATIVA [] FUNDO
NOMBRE DE LA ZONA
REFERENCIA CERCA A PONTON NUEVO HORIZONTE

1.7 TELÉFONO FIJO [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 9 2 5 1 2 4 9 3 0
1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹
1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 7.47355° LONGITUD 76.65733°

II. DATOS DE LA/EL AUTORIZADA/O AL COBRO

2.1 TIPO DE DOCUMENTO [] DNI [] CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO
2.3 APELLIDO PATERNO
2.4 APELLIDO MATERNO
2.5 NOMBRES
2.6 TELÉFONO FIJO [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ [] [] [] [] [] [] [] []
2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

III. CONFORMIDAD

3.1 [] Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO en el marco de sus funciones, use los datos personales consignados en el presente formulario. Considerando que la atención a los mismos involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles. Por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a la base de datos personales que administra el Programa.

LA/EL USUARIA/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

[Signature]
USUARIA/O
Nombres y Apellidos
DNI
Ceular



[Signature]
AUTORIZADA/O
Nombres y Apellidos
DNI
Ceular



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZO EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos
DNI
Ceular
Cargo
Municipalidad

MUNICIPALIDAD DISTRICTAL DE CAMPANILLA
Yler Lujano Salas
RESPONSABLE OMAPED
DNI 43

¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

** Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera y expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use en el marco de sus funciones mis datos personales. **