



PERU

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

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



FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - FAD

FECHA: 16 05 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 01033557

1.3 APELLIDO PATERNO CAMUS

1.4 APELLIDO MATERNO VALLE

1.5 NOMBRES MARTINA

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO SAN MARTIN PROVINCIA RIOJA

DISTRITO RIOJA CENTRO POBLADO RIOJA

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA ABELARDO QUIJONES

NÚMERO S/N KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

TIPO DE ZONA  AA.HH.  CASERÍO  CONJUNTO HABITACIONAL  COOPERATIVA  FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA SECTOR ATAHUALPA

REFERENCIA CRUCE CON JR. LIBERTAD

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 942669546

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD -6.071862 LONGITUD -77.168981

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

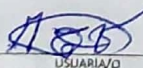
2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup>

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

III. CONFORMIDAD

3.1  Expro 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 USUARIO/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD


  
 USUARIO/O  
 Nombres y Apellidos MARTINA CAMUS V.  
 Dni 01033557  
 Celular 942669546



AUTORIZADA/O  
 Nombres y Apellidos  
 DNI  
 Celular

SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMULARIO POR EL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Hector Manuel Suarez Rios  
 DNI 18067785  
 Celular 985067372  
 Cargo Jefe Omaped  
 Municipalidad Provincial de Rioja

  
 FIRMA

<sup>1</sup> 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. \*\*