



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: 25 / 08 / 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 18060224

1.3 APELLIDO PATERNO CARRANZA

1.4 APELLIDO MATERNO SANCHEZ

1.5 NOMBRES GENARO JULIAN

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO LA LIBERTAD PROVINCIA TRUJILLO

DISTRITO CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO SECTOR

NOMBRE DE LA VÍA CAMPIÑA LA MERCEZ

NÚMERO KM MZ C LT INTERIOR 13 PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA FRENTE AL LOCAL RECREO CAMPESTRE "DON GEORGE"

REFERENCIA

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 925643876

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD -8.080073 LONGITUD -78.978608

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 18058619

2.3 APELLIDO PATERNO ANTEAGA

2.4 APELLIDO MATERNO DE CARRANZA

2.5 NOMBRES ROSA FELIPA

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 925643876

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

III. CONFORMIDAD

(marque en señal de 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 USUARIO/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

USUARIO/O

Nombres y Apellidos GENARO JULIAN CARRANZA SANCHEZ
DNI 18060224
Celular 925643876



AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos ROSA FELIPA ANTEAGA DE CARRANZA
DNI 18058619
Celular 925643876



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

Nombres y Apellidos MARUJO HUERTAS FLORES
DNI 17912352
Celular 947941544
Cargo RESPONSABLE DE LA OMAPED
Municipalidad PROVINCIA DE TRUJILLO



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE TRUJILLO

MARUJO HUERTAS FLORES
Responsable de la OMAPED-SGDH

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. **