



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: 15 06 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 46348696

1.3 APELLIDO PATERNO ROBLEDO

1.4 APELLIDO MATERNO ABAD

1.5 NOMBRES DALINDA

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO PIURA PROVINCIA PIURA

DISTRITO VENISES DE OCTUBRE CENTRO POBLADO SAN MARTIN

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO KM MZ 6 LT 03 INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA UPIS LOS CLAVELES

REFERENCIA

1.7 TELÉFONO FIJO 1.8 TELÉFONO CELULAR 948839140

1.9 CORREO ELECTRÓNICO* josetabadr@gmail.com

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 5.168108 LONGITUD 80.658333

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 03085921

2.3 APELLIDO PATERNO ABAD

2.4 APELLIDO MATERNO DE ROBLEDO

2.5 NOMBRES FIDELIA

2.6 TELÉFONO FIJO 2.7 TELÉFONO CELULAR 948839140

2.8 CORREO ELECTRÓNICO* josetabadr@gmail.com

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 consisten en 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

Nombre y Apellidos

DNI


Ceñil*

AUTORIZADO

Nombre y Apellidos

DNI

Ceñil*



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE EMPLERADO EN CASO SEA QUE SE REALIZO EL LLENADO DEL FORMULARIO POR EL SOLICITANTE

Nombre y Apellido

DNI

Ceñil*

Ceñil*

Municipalidad

FIRMA

* 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. **