

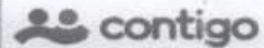


PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusion Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión de Contribución 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 48072318

1.3 APELLIDO PATERNO SANCHEZ

1.4 APELLIDO MATERNO PEDROZO

1.5 NOMBRES KATHERINA MILAGROS

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO LIMA PROVINCIA CALLAO

DISTRITO MI PERÚ CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA HUAYRA

NÚMERO KM MZ D8 LT 18 INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA

REFERENCIA ALFRENTA DEL COLEGIO MANUEL SEORANE CORALES

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR 940802821

1.9 CORREO ELECTRÓNICO

1.10 UBICACIÓN GEORREFERENCIADA LATITUD -11.85567684 LONGITUD -77.72223388

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 08452948

2.3 APELLIDO PATERNO PEDROZO

2.4 APELLIDO MATERNO MELGAREJO

2.5 NOMBRES CLEMENTINA TEODORA

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR 940802821

2.8 CORREO ELECTRÓNICO

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

DNI

Ceular



AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos Clementina Pedrozo M.

DNI 08452948

Ceular 940802821



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

Nombres y Apellidos

DNI

Ceular

Cargo

Municipalidad

FIRMA

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.**