



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 4 8 8 5 7 7 5 5

1.3 APELLIDO PATERNO GARCIA

1.4 APELLIDO MATERNO VIDAL

1.5 NOMBRES MARIA INDAURA

1.6 DIRECCION

DEPARTAMENTO PIURA PROVINCIA PIURA

DISTRITO VEINISEIS DE OCTUBRE CENTRO POBLADO SAN MARTIN

TIPO DE VIA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VIA

NÚMERO KM MZ H7 LT 02 INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

TIPO DE ZONA URBANO CASERIO CONJUNTO HABITACIONAL COOPERATIVA FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA SANTA ROSA

REFERENCIA ATRAS DE LA CANCHA LOS HALCONES

1.7 TELEFONO FIJO 1.8 TELEFONO CELULAR 9 5 1 6 7 6 1 5 7

1.9 CORREO ELECTRONICO carlid-cou.20@gmail.com

1.10 UBICACION GEOGRAFICA LATITUD 5° 11' 19,59" S LONGITUD 80° 39' 52,79" O

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 0 2 8 0 3 7 1 3

2.3 APELLIDO PATERNO VIDAL

2.4 APELLIDO MATERNO OROZCO

2.5 NOMBRES JANET

2.6 TELEFONO FIJO 2.7 TELEFONO CELULAR 9 5 1 6 7 6 1 5 7

2.8 CORREO ELECTRONICO carlid-cou.20@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 constuyen 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

Celular



AUTORIZADA/O

Nombre y Apellidos

DNI

Celular



SOLO PARA SER LLEVADO POR EL RESPONSABLE DEL MANEJO EN CASO SEA QUIEN REALICE EL LLEVADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos

DNI

Celular

Municipio

FIRMA

1 Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan

** Declara 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 **