



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión de Contribuyentes 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 USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 9 2 6 6 1 4 2 5

1.3 APELLIDO PATERNO SURUCHAQUI

1.4 APELLIDO MATERNO MARVAEZ

1.5 NOMBRES LIZ KAROL

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO LIMA PROVINCIA CALLAO

DISTRITO Mi Peru CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA TRES

NÚMERO KM MZ F LT 1 INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA SANTA ROSA

REFERENCIA A 2 CUADRAS DEL COLEGIO LINDA BAKER

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR 9 7 2 2 2 8 8 2 5

1.9 CORREO ELECTRÓNICO 1 PSURUCHAQUIMARTINEZ@HOTMAIL.COM

1.10 UBICACIÓN GEORREFERENCIADA LATITUD 11°51'07.9 LONGITUD 77°06'59.1

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 2 5 8 0 5 4 4 1

2.3 APELLIDO PATERNO SURUCHAQUI

2.4 APELLIDO MATERNO MARTINEZ

2.5 NOMBRES PEDRO ISAI

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR 9 7 2 2 2 8 8 2 5

2.8 CORREO ELECTRÓNICO 1

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 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

Celular



AUTORIZADA/O

Nombres y Apellido PEDRO SURUCHAGUI MARTINEZ

DNI 25805441

Celular 972228825



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

Nombres y Apellidos

DNI

Celular

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. **