



FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - FAD

FECHA: 12 / 05 / 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 77434486

1.3 APELLIDO PATERNO OLIVERA

1.4 APELLIDO MATERNO NAUCA

1.5 NOMBRES LOYDITH

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO SAN MARTIN PROVINCIA RIOJA

DISTRITO RIOJA CENTRO POBLADO SANTA ROSA COCAYACU

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO S/N KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA SANTA ROSA DE COCAYACU

REFERENCIA PASANDO EL CASERIO

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 952018492

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD -6.079688 LONGITUD -77.190478

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 01034816

2.3 APELLIDO PATERNO NAUCA

2.4 APELLIDO MATERNO PEREZ

2.5 NOMBRES BEATRIZ

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 952018492

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

III. CONFORMIDAD

3.1  Exproso 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

LOYDITH

USUARIO/O  
Nombres y Apellidos LOYDITH OLIVERA NAUCA  
DNI 77434486  
Celular 952018492



Beatriz P.

AUTORIZADA/O  
Nombres y Apellidos BEATRIZ NAUCA P.  
DNI 01034816  
Celular 952018492



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

Nombres y Apellidos Hector Manuel Suarez Rios  
DNI 18067785  
Celular 985067372  
Cargo Jefe Omaped  
Municipalidad Provincial de Rioja

[Signature]

FIRMA

<sup>1</sup> 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. \*\*