



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: 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 7 0 5 2 6 4 9 8

1.3 APELLIDO PATERNO TACCA

1.4 APELLIDO MATERNO HUAMAN

1.5 NOMBRES JOSE ALEJANDRO

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____

DISTRITO Mi PERÚ CENTRO POBLADO _____

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA Los ciruelos / los CEREZOS.

NÚMERO _____ KM _____ MZ 4 LT 14 INTERIOR _____ PISO _____ BLOQUE _____ N° DE DPTO _____

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

NOMBRE DE LA ZONA villa EMUJA

REFERENCIA ALPENTE DEL COLEGIO JUAN BOSCO SECUNDARIA

1.7 TELÉFONO FIJO _____ 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 9 5 5 3 3 2 9 3 1

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹ ROSAHUAMANSANTACRUZ16@GMAIL.COM

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD -115101.5 LONGITUD 7707'35.0

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 4 0 8 7 1 6 0 8

2.3 APELLIDO PATERNO HUAMAN

2.4 APELLIDO MATERNO SANTA CRUZ

2.5 NOMBRES ROSA MELDA

2.6 TELÉFONO FIJO _____ 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 9 5 5 3 3 2 9 3 1

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹ ROSAHUAMANSANTACRUZ16@GMAIL.COM

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 _____

Celular _____



AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos Rosanelda Huaman S

DNI 40871608

Celular 955332931



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE ONAPED 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. **