



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: 24 / 10 / 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 79367403

1.3 APELLIDO PATERNO GARCIA

1.4 APELLIDO MATERNO ROBLÉS

1.5 NOMBRES DIEGO ALEJANDRO

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO APURIMAC PROVINCIA ABANCAY

DISTRITO CIRCA CENTRO POBLADO CIRCA

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA POBLACION DE CIRCA

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA CALLE SANTA ROSA S/N

REFERENCIA FRENTE AL ESTADIO

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 949479631

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 13.876961 LONGITUD 72.876067

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 31037422

2.3 APELLIDO PATERNO ROBLÉS

2.4 APELLIDO MATERNO PIMENTEL

2.5 NOMBRES LUISA

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 949479631


2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹ ukecieca@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 LUISA ROBLÉS PIMENTEL
 DNI 31037422
 Ceular 949479631



AUTORIZADA/O
 Nombres y Apellidos
 DNI
 Ceular

SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPEL EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ 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. **