



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 USUARIA/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 9 0 7 8 7 3 8 0

1.3 APELLIDO PATERNO CORDERO

1.4 APELLIDO MATERNO ESPIRITU

1.5 NOMBRES AITANA ANGELICA

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO PASCO PROVINCIA D.A.C

DISTRITO YANAHUANCA CENTRO POBLADO ATAHUALPA S/N

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA

REFERENCIA

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 9 5 7 9 7 2 1 3 5

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD LONGITUD

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 4 7 2 6 1 1 8 4

2.3 APELLIDO PATERNO ESPIRITU

2.4 APELLIDO MATERNO CUELLAR

2.5 NOMBRES NANCY BEATRIZ

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 9 5 7 9 7 2 1 3 5


2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

III. CONFORMIDAD

(marque en señal de 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 USUARIA/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD


USUARIA/O

Nombres y Apellidos
DNI
Celular




AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos
DNI
Celular



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

Nombres y Apellidos Delia Rojas Malpartida

DNI 72152937

Celular 947859439

Cargo Responsable

Municipalidad YANAHUANCA


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. **