



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 22, m 04, a 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIA/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 90861534

1.3 APELLIDO PATERNO MACEDO

1.4 APELLIDO MATERNO RUFASTO

1.5 NOMBRES SIARA MILENA

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO SAN MARTIN PROVINCIA SAN MARTIN

DISTRITO CHAZUTA CENTRO POBLADO SIAMBAL

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA SIAMBAYOC PANPAT

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA CARRETERA SIAMBAL

REFERENCIA CERCA A LA PLAZA 15 MINUTOS

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR¹

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 47690644

2.3 APELLIDO PATERNO MACEDO

2.4 APELLIDO MATERNO SALAS

2.5 NOMBRES TEDDY

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 910239907

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

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 USUARIA/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

LEUARIA/O

SIARA M. MACEDO RUFASTO

Nombres y Apellidos

DNI 40861534

Ceular



AUTORIZADO

TEDDY MACEDO SALAS

Nombres y Apellidos

DNI 47690644

Ceular



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPEO EN CASO SEA QUIÉN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos MANUEL J. MORILLAS C

DNI 44959108

Ceular 935906990

Cargo RESPONSABLE OMAPEO

Municipalidad M.D. CHAZUTA

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. **