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 | 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1.3 APELLIDO PATERNO _____

1.4 APELLIDO MATERNO _____

1.5 NOMBRES _____

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____

DISTRITO _____ CENTRO POBLADO _____

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 CELULAR[1] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1.9 CORREO ELECTRÓNICO [1] _____

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2.3 APELLIDO PATERNO _____

2.4 APELLIDO MATERNO _____

2.5 NOMBRES _____

2.6 TELÉFONO FIJO ☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐ 2.7 TELÉFONO CELULAR[1] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2.8 CORREO ELECTRÓNICO [1] _____

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

_____
USUARIA/O

Nombres y Apellidos
DNI
Ceular

HUELLA DIGITAL

_____
AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos
DNI
Ceular

HUELLA DIGITAL

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