

## FICHA DE DATOS PERSONALES

**PARA SER LLENADO POR MDL:**

FOTO

FECHA DE INGRESO

CAS N°

UNIDAD ORGANICA

CARGO

**PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR :**

REGIMEN LABORAL

D. LEG  
1057

### DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

SEXO

F M

Nacionalidad :

Fecha Nacimiento

día mes año

DNI /Carnet de Extranjeria

Lugar de Nacimiento:

Edad:

**Direc.:** Av./ Jr./ Calle/ Block/ Carretera/ Malecon/Plaza/Parque N°/ Km/ Mz/ Int/ Dpto/ Lote/ Sector/ Etapa Distrito

Provincia

Departamento

CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

Se autoriza que cualquier notificación sea enviada a la dirección y correo electrónico señalados en la presente ficha de datos

**Estado Civil:**

Soltero

Soltero con hijos

Casado

Conviviente

Viudo

Divorciado

Separado

RUC

Automóvil

Motocicleta

**Pensiones:** Indique el sistema de pensiones al que se encuentra afiliado:

AFP  ONP

PENSIONISTA

Placa: \_\_\_\_\_

Nombre de la AFP \_\_\_\_\_

CUPSS : \_\_\_\_\_

Si desea afiliarse por primera vez a una AFP, indique: \_\_\_\_\_

**Indique con quienes vive :**

Padres

Conyuge

Hijos

Abuelos / tios

Amigos

**Tipo de Vivienda :**

Propia

Alquilada

Familiares

Pension

Temporal

N° Autogenerado EsSALUD

BANCO:

BBVA

SCOTIABANK

N° De Cuenta: \_\_\_\_\_

N° CCI: \_\_\_\_\_

**Teléfonos:**

Teléfono casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono emergencia 1 \_\_\_\_\_

Teléfono emergencia 2 \_\_\_\_\_

Persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

### DATOS FAMILIARES

Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación:	Trabajo - Estudios	Fecha Nac.	DNI / P. Nac	ESSALUD
Esposo(a)								
Conviviente								
Hijo(1)								
Hijo(2)								
Hijo(3)								
Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación:	Trabajo - Estudios	¿ Su esposa o conviviente e hijos menores de edad estan asegurados en EsSALUD? (responder si o no)		
Padre								
Madre								
Hermanos								
Hermanos								

**INFORMACION ACADEMICA**

**Estudios :** Marcar con una "X" la casilla correcta y completar

		Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Carrera Profesional	Grado / Nivel alcanzado
Primaria Incompleta	Primaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Técnica Incompleta	Técnica Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Universitaria Incompleta	Universitaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____

**INFORMACION ACADEMICA - ESPECIALIDAD**

**Estudios :** Indicar estudios de Post-grado.

Estudios de Post-grado	Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Nivel alcanzado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**EXPERIENCIA LABORAL**

Institución/empresa	_____	_____	_____
Cargo	_____	_____	_____
Tiempo laborado	_____	_____	_____
Ultima remuneración (monto en soles)	_____	_____	_____
Motivo de retiro (renuncia, cese, no renovación, otros)	_____	_____	_____
Fecha de Inicio de Contrato	_____	_____	_____
Fecha de Fin de Contrato	_____	_____	_____
Jefe Inmediato	_____	_____	_____
Dirección	_____	_____	_____
Teléfono	_____	_____	_____

**DATOS DE SALUD**

**Alergias:**

BETALACTAMICOS

(Penicilina - Cefalosporinicos)

ANALGESICOS - ANITI-INFLAMATORIOS

(Kerotolaco-Diclofenaco-Ibuprofeno)

OTRAS ALERGIAS:

SI NO

**Enfermedades:**

DIABETES

HIPERTENSION ARTERIAL

ASMA

EPILEPSIA

OTRAS: \_\_\_\_\_

SI

SI

SI

SI

NO

NO

NO

NO

**Medicamentos:**

Indique que medicamentos toma actualmente:

**Grupo Sanguíneo:** \_\_\_\_\_

Registre información adicional que considere importante en relación a su salud: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**Las siguientes preguntas están orientadas a conocer si ud. tiene o ha tenido algún problema con la Justicia.**

1. ¿Usted registra Antecedentes Policiales?

SI  NO

2. ¿Ud. registra Antecedentes Penales?

SI  NO

3. ¿Usted registra Antecedentes Judiciales?

SI  NO

4. ¿Ud. Tiene abierto algún proceso en el Ministerio Público?

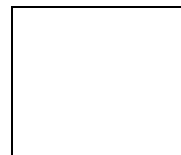
SI  NO

**DECLARACION JURADA :**

Confirmo la exactitud y la veracidad de las declaraciones, antes expresada que nada he ocultado, omitido o disimulado, siendo el único responsable de la información remitida; y autorizo a que sean investigados para los fines que la Mubicipalidad de Lince convenga. Asimismo, declaro que actualmente no cuento con contrato vigente con ninguna Institución del Estado, bajo ninguna modalidad contractual. (Salvo labor docente). De otro lado, autorizo para que se me notifique cualquier documento o decisión que emita la MDL al correo electrónico consignado (Art. 20, 20.4 Ley N° 27444). Finalmente me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio en los datos que he declarado en el presente documento; asumiendo la responsabilidad que su omisión genere.

\_\_\_\_\_  
Apellidos y Nombres

\_\_\_\_\_  
Firma



Huella digital

Lince,