



# COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL

## FICHA DE COLEGIACIÓN

PEGAR FOTO  
TAMAÑO  
CARNET

Nº DE COLEGIATURA:

FECHA DE COLEGIACIÓN

DIA MES AÑO

CONSEJO REGIONAL:

### I.- FILIACIÓN

NOMBRES:

APELLIDOS:

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A

CASADO/A

VIUDO/A

DIVORCIADO/A

CONVIVIENTE

OTRO  
Especificar

EDAD:

SEXO:

FEMENINO

MASCULINO

GRUPO SANGUINEO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Nº:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD:

DISTRITO:

PROVINCIA:

DEPARTAMENTO:

PAIS:

TELÉFONO:

CELULAR:

E-mail:

### II.- DEL RÉGIMEN LABORAL

CONDICIÓN ACTUAL:

ACTIVO

DESOCUPADO

CESANTE

JUBILADO

OTRO  
Especificar

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO:

DIRECCIÓN DEL CENTRO LABORAL:

Nº

Mz.

LOTE

INTERIOR

PISO

DISTRITO:

PROVINCIA:

DEPARTAMENTO:

PAIS:

CODIGO POSTAL:

TELÉFONO:

CELULAR:

E-mail:

SECTOR AL QUE PERTENECE:

MINISTERIO DE SALUD

ESSALUD

FUERZAS POLICIALES

PRIVADO

UNIVERSIDAD PRIVADA

UNIVERSIDAD NACIONAL

ONG

OTRO  
Especificar

CONSULTORIO PARTICULAR:

SI

NO

DIRECCIÓN:

CODIGO POSTAL:

TELÉFONO:

CELULAR:

E-mail:

ES USTED DOCENTE:

SI

NO

DONDE:

TIPO DE SEGURO CON EL QUE CUENTA: SIS  ESSALUD  PARTICULAR  OTRO

TIPO DE FONDO DE PENSION CON EL QUE CUENTA: AFP  ONP  OTRO

**SOCIEDADES CIENTIFICAS A LAS QUE PERTENECE:**

1

2

3

**CURSO DE POSGRADO O ACTUALIZACIÓN (mencione los más recientes)**

1

2

3

**EN QUE TEMAS TENDRÍA MAS INTERES EN CAPACITARSE:**

DOCENCIA / INVESTIGACIÓN	<input type="checkbox"/>	TECNOLOGÍA ALIMENTARIA	<input type="checkbox"/>
CLÍNICO / ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/>	INFORMÁTICA	<input type="checkbox"/>
ADMINISTRACIÓN	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>

Especificar:

**REVISTAS CIENTÍFICAS A LAS QUE ESTÁ INSCRITO:**

**IDIOMAS**

	HABLA	LEE	ESCRIBE
INGLÉS			
FRANCÉS			
QUECHUA			
OTROS (especificar)			

**CLAÚSULA DE PRIVACIDAD DE DATOS**

De acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales - Ley N° 29733 y su Reglamentación, el suscrito NO autoriza al Colegio de Nutricionistas del Perú a proporcionar los datos personales mencionados en este documento a terceros.

FIRMA DEL COLEGIADO CON LAPICERO DE TINTA NEGRA NO EXCEDERSE DEL RECUADRO

Visto el expediente del solicitante  el

**CONSEJO REGIONAL**  del Colegio de Nutricionistas del Perú que suscribe, lo declara conforme.

\_\_\_\_\_  
DECANO (A)

\_\_\_\_\_  
VICE-DECANO (A)

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) GENERAL

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A) ADMINISTRATIVO

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A) DE ECONOMÍA

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A) IMAGEN INSTITUCIONAL

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A) CIENTÍFICO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Visto el expediente del solicitante  el

**CONSEJO NACIONAL** del Colegio de Nutricionistas del Perú que suscribe, lo declara conforme.

\_\_\_\_\_  
DECANO (A)

\_\_\_\_\_  
VICE-DECANO (A)

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) GENERAL

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A) ADMINISTRATIVO

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A) DE ECONOMÍA

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A) IMAGEN INSTITUCIONAL

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A) CIENTÍFICO

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_