

MODELO DE LLENADO DE FICHA DE COLEGIACIÓN



COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL

FICHA DE COLEGIACIÓN

PEGAR FOTO
TAMAÑO
CARNET

PEGAR FOTO
TANAÑO CARNET
CON VESTIMENTA
FORMAL TIPO SASTRE

Nº DE COLEGIATURA:

FECHA DE COLEGIACIÓN

DIA MES AÑO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

CONSEJO REGIONAL:

NO TOCAR, LLENADO
POR CONSEJO NACIONAL

I.- FILIACIÓN

NOMBRES: MARIA DE LOS ÁNGELES

APELLIDOS: VEGA SERAFÍN

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A

CASADO/A

VIUDO/A

DIVORCIADO/A

CONVIVIENTE

OTRO

Especificar

EDAD: 23 AÑOS

SEXO:

FEMENINO

MASCULINO

GRUPO SANGUINEO:

O+

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Nº:

80777713

FECHA DE NACIMIENTO:

23

05

1999

LUGAR DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD:

CHUYAMAYO

DISTRITO:

HUAYOPATA

PROVINCIA:

LA CONVENCION

DEPARTAMENTO:

CUSCO

PAIS:

PERU

TELÉFONO:

+51(1) 444-3333

CELULAR:

999999999

E-mail:

GRUPO SANGUÍNEO:

- O+ O-
- A+ A-
- B+ B-
- AB+ AB-

II.- DEL RÉGIMEN LABORAL

CONDICIÓN ACTUAL:

ACTIVO

DESOCUPADO

CESANTE

JUBILADO

OTRO

Especificar

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO:

CLÍNICA SANTA ANITA

DIRECCIÓN DEL CENTRO LABORAL:

JR. PERALES

Nº

999

Mz.

LOTE

INTERIOR

PISO

DISTRITO:

SAN JUAN DE LURIGANCHO

PROVINCIA:

LIMA

DEPARTAMENTO:

LIMA

PAIS:

PERU

CODIGO POSTAL:

+51(1)

TELÉFONO:

333-4444

CELULAR:

999999999

E-mail:

mangelesvs@sanita.com

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:

REGISTRADO CON
LETRA
LEGIBLE
IMPRESA
MAYÚSCULA

NO SE
ACEPTARÁN
FICHAS CON
BORRONES NI
ENMENDADURAS

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 TECNOLOGÍA ALIMENTARIA

CLÍNICO / ASISTENCIAL INFORMÁTICA

ADMINISTRACIÓN OTROS

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

SECRETARIO GENERAL-CN

SECRETARIO GENERAL-CR

**FIRMA
LEGIBLE (TINTA NEGRA)
NO SOBREPASAR EL RECUADRO**

**V°B°
SECRETARIO GENERAL
DEL CONSEJO
REGIONAL**

**REGISTRADO CON
LETRA
LEGIBLE
IMPRESA
MAYÚSCULA**

**NO SE
ACEPTARÁN
FICHAS CON
BORRONES NI
ENMENDADURAS**

**REGISTRAR CON
LETRA LEGIBLE IMPRENTA MAYÚSCULA**

NO SE ACEPTARÁN BORRONES NI ENMENDADURAS

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)

SECRETARIO (A) ADMINISTRATIVO

SECRETARIO (A) DE ECONOMÍA

SECRETARIO (A) IMAGEN INSTITUCIONAL

SECRETARIO (A) CIENTÍFICO

_____, ____ de ____ de 20__

**NO TOCAR
FIRMADO POR
JUNTA DIRECTIVA
DE CONSEJO
REGIONAL**

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)

SECRETARIO (A) ADMINISTRATIVO

SECRETARIO (A) DE ECONOMÍA

SECRETARIO (A) IMAGEN INSTITUCIONAL

SECRETARIO (A) CIENTÍFICO

Lima, ____ de ____ de 20__

OBSERVACIONES:

**NO TOCAR
FIRMADO POR
JUNTA DIRECTIVA
DE CONSEJO
NACIONAL**