



FOTO

FICHA DE REGISTRO DEL AFILIADO

FICHA N°:

FECHA: ____/____/202__

I. INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

NOMBRES: _____ F. NACIMIENTO: ____/____/____ D.N.I. _____

DIRECCIÓN: _____ N° _____

DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ DPTO.: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ N° HIJOS: _____ CELULAR: _____

CORREO PERSONAL: _____ FACEBOOK: _____

OTROS: _____

II. ESTUDIOS REALIZADOS

UNIVERSITARIOS: INSTIT. SUPERIOR: OTROS: _____

NOMBRE DE UNIVERSIDAD / INSTITUTO: _____

GRADO ACADÉMICO: _____ TÍTULO PROFESIONAL: _____

III. CONDICIÓN LABORAL / PENSIONARIA

RÉGIMEN LABORAL: D. LEG 276 D. LEG 728 OTROS: _____

CENTRO LABORAL: _____ ÁREA / OFICINA: _____

CARGO: _____ COD. PLANILLA: _____ TELEF. /ANEXO: _____

FECHA DE INGRESO: ____/____/____ FECHA DE CESE: ____/____/____

RÉGIMEN PENSIONARIO: 20530 19990 AFP

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente ficha son verdaderos, sometiéndome a control posterior y a las sanciones que corresponderían en caso se detectara falsedad en los mismos. Asimismo, de propia voluntad me afilio a la **Asociación Frente de Defensa de los Trabajadores Activos y Cesantes del Seguro Social de Salud - EsSalud**, comprometiéndome a acatar fielmente su estatuto; para lo cual, firmo el presente documento en señal de total conformidad.

FIRMA DE CONFORMIDAD DEL
ADHERENTE

HUELLA
DIGITAL

REPRESENTANTE FREDETAC
AUTORIZADO