DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

FORMULARIO DE REGISTRO PERSONAL DEL FUNCIONARIO/A

VERSION 02

AÑO 2022

A) DATOS BÁSICOS DEL FUNCIONARIO/A

1. Cédula de Identidad N°:

2. Fecha de Nacimiento:

3. Apellido (s) y Nombre (s):

4. Nacionalidad:

5. Estado Civil:

6. N° de Teléfono : **7. N° de Teléfono de Familiar:**

8. Correo electrónico:

9. Formación Academica: **PRIMARIA: ……..** **SECUNDARIA:……..**

UNIVERSITARIA: …….. **OTROS: ……..**

B) DOMICILIO PARTICULAR

10, Departamento:

11. Distrito/Ciudad:

12. Barrio:

13. Dirección Particular:

C) DATOS DEL CÓNYUGE/PAREJA	Vive con Usted? (marque con una x)	**SI**		**NO**		

14. Cédula de Identidad N°:

15. Apellido (s) y Nombre (s):

16. N° de Teléfono:

C. 1) Completar en caso de que el conyuge/pareja no viva con Usted

17. Departamento:

18. Distrito/Ciudad:

19. Barrio:

20. Dirección Particular:

D) DATOS DE LOS HIJOS

21. Nombre y Apellido	**22. Nº de Teléfono**	**23. Cédula N°**	**Marcar con X en caso de ser afirmativo**		
			24. ¿Vive con Ud.?	**25.** ¿Es menor de edad?	**26.** Capacidad Diferente

E) INFORMACIÓN ADICIONAL. En caso que vivan más personas con usted, indicar en el cuadro

27. Nombre y Apellido	**28. Nº de Teléfono**	**29. Parentezco**

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A

Obs: Es responsabilidad del funcionario que todos los datos consignados sean correctos y completos.

Firma	**Aclaración de firma**

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

FORMULARIO DE REGISTRO PERSONAL DEL FUNCIONARIO/A

VERSION 02

AÑO 2022

F) CROQUIS

30. Indicar cómo llegar a su domicilio

G) INFORMACION MÉDICA

31. ¿Tiene alguna enfermedad? Marcar una de las opciones.

SI ☐ NO ☐

G.1) Completar en caso de que haya marcado la opción SI.

32. Enfermedad/des actual/les

1-

2-

3

4-

5-

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A

Obs: Es responsabilidad del funcionario que todos los datos consignados sean correctos y completos.

Firma	**Aclaración de firma**