



IV. DATOS DE LA/EL REPRESENTANTE, APODERADO, APOYO U OTROS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombres	Apellido paterno	Apellido materno	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de documento	Número de documento	Fecha de nacimiento	Teléfono fijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Teléfono celular	Domicilio real		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Departamento	Distrito	Provincia	
En caso de tener inscrita la representación/apoyo en SUNARP señalar:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	N° de Partida electrónica	Oficina Registral de	

V. DATOS ADICIONALES NECESARIOS PARA EL PROCESO

Si solicitas tu afiliación facultativa indica tu monto de ingreso mensual asegurable (marca con un si tus ingresos son iguales o mayores a una remuneración mínima vital).

Remuneración mínima vital Otro monto

Mes de inicio de aporte:
(mes de recepción de la solicitud o al mes siguiente)

VI. DECLARACIÓN DE LA /EL SOLICITANTE, REPRESENTANTE, APODERADO, APOYO U OTROS

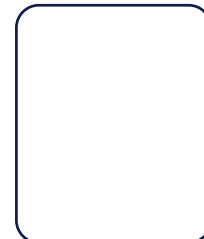
1. Autorizo a la Oficina de Normalización Previsional a solicitar mi información personal a las entidades públicas o privadas para la validar lo declarado en el presente documento y validar el contenido de la documentación que adjunto de conformidad al artículo 13.5 de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

2. Doy mi consentimiento para que a través del correo electrónico señalado, se me envíe la clave virtual y otras comunicaciones que ONP requiera. Asimismo, reconozco que esta clave es para mi uso exclusivo y no es transferible.

3. Autorizo que me notifique al correo electrónico declarado.

4. ¿Actualmente percibo pensión a cargo del Estado?
Indicar el nombre de la entidad

5. Actualmente no me encuentro afiliada/o al Sistema Privado de Pensiones.



Firma de la/el solicitante o representante o apoderado o apoyo

Huella digital