

FORMULARIO N° SUBGERENCIA DE POBLACIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD-001										
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  REGION TACNA SGPOAPED SUBGERENCIA DE POBLACIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.				SOLICITUD DE REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (Ley N° 29973 - Ley de la Persona con Discapacidad)			SELLO TRÁMITE DOCUMENTARIO			
I. DATOS DEL SOLICITANTE										
APELLIDO PATERNO					NOMBRES					
APELLIDO MATERNO					SEXO	HOMBRE ()		MUJER ()	OTRO ()	
ESTADO CIVIL		SOLTERO/A ()		CASADO/A ()	VIUDO/A ()		DIVORCIADO/A ()		CONVIVIENTE ()	
D.N.I.:					PASAPORTE					
C.E.:					Otro:					
II. FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO										
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	DEPARTAMENTO :							
/ /			PROVINCIA :							
DIA MES AÑO			DISTRITO :							
III. DOMICILIO										
AV. / CLL. / JR. / PSJ					DISTRITO					
PROVINCIA			DEPARTAMENTO			CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONO FIJO						TELÉFONO MOVIL				
REFERENCIA										
IV. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL (marcar con una "X")										
NINGUNA ()		PRIMARIA COMPLETA ()		ESP. FORM. LAB. ()		SUP. NO UNIV. COMPLETA ()		UNIV. COMPLETA ()		
INICIAL ()		SECUNDARIA COMPLETA ()		C.E.T.P.R.O. ()		SUP. NO UNV. INCOMPLETA ()		UNIV. INCOMPLETA ()		
PRIMARIA INCOMPLETA ()		SECUNDARIA INCOMPLETA ()		SUPERIOR COMPLETA ()		SUPERIOR INCOMPLETA ()				
V. SITUACIÓN ACTUAL OCUPACIONAL (marcar con una "X")										
TRAB. DEPENDIENTE ()		EMPLEADOR ()		TRAB. FAMILIAR NO RENUMERADO ()			ESTUDIANTE ()		JUBILADO ()	
TRAB. INDEPENDIENTE ()		TRAB. DEL HOGAR ()		DEDICADO A LOS QUEHACERES DEL HOGAR ()			DESEMPLEADO ()		SIN ACTIVIDAD ()	
VI. SALUD (marcar con una "X")										
SEGURO INTEGRAL DE SALUD-SIS ()		FF.AA - P.N.P ()		ESSALUD ()		SEGURO PRIVADO ()		Otro:		
VII. REPRESENTANTE (Solo si el/la titular no es la persona con discapacidad)										
APELLIDO PATERNO					NOMBRES					
APELLIDO MATERNO					SEXO	HOMBRE ()		MUJER ()	OTRO ()	
FECHA DE NACIMIENTO										
D.N.I.:					PASAPORTE					
GRADO DE INSTRUCCIÓN										
LIGAR DE NACIMIENTO										
C.E.:					OTRO:					
VIII. DE LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD										
FECHA				HORA				FOLIOS		
FIRMA DEL SOLICITANTE					FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE					HUELLA DACTILAR
DECLARO BAJO JURAMENTO que la información proporcionada responde a la verdad de los hechos y que tengo conocimiento que si lo declarado resulta falso, estoy sujeto(a) a los alcances de las sanciones contempladas en el Código Penal, de conformidad con la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.										