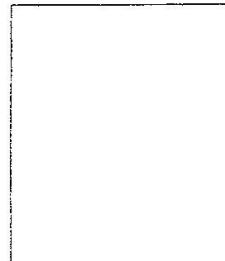




Ilustre Colegio de Abogados de Ayacucho

Fundado el 12 de diciembre de 1915
Portal Constitución N° 23 - Plaza Mayor de Huamanga
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"



REG.CAA

FICHA DE INSCRIPCIÓN

(Llenar con letra imprenta)

1) APELLIDO PATERNO _____

2) APELLIDO MATERNO _____

3) NOMBRES _____

4) D.N.I. _____ LM. _____ RUC. _____ C.E. _____ C.I. _____

5) DIRECCIÓN DOMICILIARIA _____ URB. _____

DISTRITO _____ 6) TELF. DOMICILIARIO _____

TELF: CELULAR _____

(Marcar con una X en los Casilleros)

7) SEXO M F

8) FECHA DE NACIM. / /

9) LUGAR DE NACIM. (PAÍS) _____ DPTO _____ DPTO PROVINCIA _____

10) RESIDENCIA EN AYACUCHO

11) ESTADO CIVIL:

CASADO



VIUDO(A)



SOTERO(A)

CONVIVIENTE

DIVORCIADO(A)

SEPARADO(A)

AÑOS _____

12) UNIVERSIDAD QUE OTORGO EL TITULO _____

13) FECHA DE TITULO / /

14) UNIVERSIDAD QUE REVALIDA _____

15) FECHA DE REVALIDACIÓN / /

16) FECHA INSCRIP. EN LA CORTE / / 17) FECHA INCORPORACIÓN / /

18) ESPECIALIDAD _____

19) MAESTRÍA

SI

ESPECIALIDAD _____

20) DOCTORADO

SI

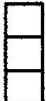
ESPECIALIDAD _____

NO

21) TRABAJA UD. EN: SECTOR PÚBLICO



ES USTED: CESANTE



SECTOR PRIVADO

DESOCUPADO/DESEMPLEADO

INDEPENDIENTE

JUBILADO

22) CENTRO DE TRABAJO (En forma dependiente)

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO _____

CARGO QUE OCUPA _____

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO _____

URBANIZACIÓN _____

DISTRITO _____

TELÉFONO _____



Ilustre Colegio de Abogados de Ayacucho

Fundado el 12 de diciembre de 1915
Portal Constitución N° 23 - Plaza Mayor de Huamanga
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

23) NOMBRE ESTUDIO PROFESIONAL

CARGO QUE OCUPA _____

DIRECCIÓN DEL ESTUDIO _____

URBANIZACIÓN _____

DISTRITO _____

TELÉFONO _____

24) TIENE SEGURO DE SALUD?

ESSALUD

SEGURO PRIVADO

SEGURO POLICIAL / MILITAR

AMBOS

NO TIENE

25) RÉGIMEN DE PENSIÓN?

SIST. NAC. PENSIONES

AFP

SISTEMA CAJA POLICIAL / MILITAR

NO TIENE

OTRO (ESPECIFICAR)

26) TIENE SEGURO DE VIDA?

SI	1	NACIONAL
NO	2	EXTRANJERO

27) ANTECEDENTES MÉDICOS:

GRUPO SANGUÍNEO _____

ENFERMEDADES INFECTOSES _____

ALERGIAS _____

28) DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL CONYUGUE: _____

FECHA DE MATRIMONIO: _____ / _____ / _____

EDAD _____

HIJOS (Apellidos y Nombres) _____

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

PADRES (APELLOS Y NOMBRES)

1) _____

2) _____

29) POR LA PRESENTE AUTORIZO AL C.A.A. BRINDAR INFORMACIÓN A TERCERAS PERSONAS Y/O INSTITUCIONES SOBRE MI:

CENTRO DE TRABAJO

SI

NO

ESTUDIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

NUMERO TELEFONICO

30) CORREO ELECTRÓNICO: _____

SI TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD MARQUE CON X

QUE TIPO DE DISCAPACIDAD? VISUAL AUDICIÓN Y LENGUAJE FÍSICA (MOTRIZ) OTROSCUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI NO ESTÁ INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD- CONADIS? SI NO INDICAR SITUACIÓN LABORAL: INDEPENDIENTE DEPENDIENTE JUBILADO NO EJERZO

INDIQUE SI UTILIZA AYUDAS BIOMECÁNICAS U OTRA AYUDA COMPENSATORIA.

CONFORME A LA LEY N° 27444, DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON REALES Y ACTUALES, TENIENDO POR TANTO EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

FIRMA DEL ABOGADO(A)

AYACUCHO, _____ de _____ de _____