



Ilustre Colegio de Abogados de Ayacucho

Fundado el 12 de diciembre de 1915

Portal Constitución N° 23 - Plaza Mayor de Huamanga

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

## FICHA DE INSCRIPCIÓN



### REGISTRO ICAA

--	--	--	--

1) APELLIDO PATERNO:	
2) APELLIDO MATERNO:	
3) NOMBRES:	
4) DNI:	
5) DIRECCIÓN DOMICILIARIA: (DISTRITO/PROVINCIA/REGIÓN):	
6) TELÉFONO CELULAR:	
7) SEXO: (MARQUE CON X)	MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
8) FECHA DE NACIMIENTO:	__/__/__
9) LUGAR DE NACIMIENTO (/DISTRITO/PROVINCIA/REGIÓN):	
10) AÑOS DE RESIDENCIA EN AYACUCHO:	___ AÑOS
11) ESTADO CIVIL: (MARQUE CON X)	CASADO <input type="checkbox"/> CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/>
12) UNIVERSIDAD QUE OTORGÓ EL TÍTULO:	
13) FECHA DE TÍTULO:	__/__/__
14) UNIVERSIDAD QUE REVÁLIDA:	
15) FECHA DE REVALIDACIÓN:	__/__/__
16) FECHA DE INSCRIPCIÓN EN LA CORTE:	__/__/__

☎ 944 225 968

🌐 icaayacucho.com.pe

📍 Jr. Sucre N.º 367.  
Portal Constitución N.º 23

✉ icaayacuchooperu@gmail.com



Ilustre Colegio de Abogados de Ayacucho

Fundado el 12 de diciembre de 1915

Portal Constitución N° 23 - Plaza Mayor de Huamanga

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

17) FECHA DE INCORPORACIÓN:	__/__/__												
18) ESPECIALIDAD:													
19) MAESTRÍA: (MARQUE CON X)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIALIDAD: <input type="text"/>												
20) DOCTORADO: (MARQUE CON X)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIALIDAD: <input type="text"/>												
21) SITUACIÓN LABORAL: (MARQUE CON X)	<table border="1"><thead><tr><th>TRABAJA USTED EN:</th><th>ES USTED:</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>SECTOR PÚBLICO</td><td><input type="checkbox"/></td><td>CESANTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>PRIVADO</td><td><input type="checkbox"/></td><td>JUBILADO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>INDEPENDIENTE</td><td><input type="checkbox"/></td><td>DESEMPLEADO <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	TRABAJA USTED EN:	ES USTED:		SECTOR PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	CESANTE <input type="checkbox"/>	PRIVADO	<input type="checkbox"/>	JUBILADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>
TRABAJA USTED EN:	ES USTED:												
SECTOR PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	CESANTE <input type="checkbox"/>											
PRIVADO	<input type="checkbox"/>	JUBILADO <input type="checkbox"/>											
INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>											
22) CENTRO DE TRABAJO:	CENTRO DE TRABAJO: CARGO QUE OCUPA: DIRECCIÓN: DISTRITO/PROVINCIA: TELÉFONO:												
23) ESTUDIO PROFESIONAL:	ESTUDIO PROFESIONAL: CARGO QUE OCUPA: DIRECCIÓN: DISTRITO/PROVINCIA: TELÉFONO:												
24) SEGURO DE SALUD: (MARQUE CON X)	<table border="1"><tbody><tr><td>ESSALUD</td><td><input type="checkbox"/></td><td>AMBOS</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>SEGURO PRIVADO</td><td><input type="checkbox"/></td><td>NO TIENE</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>SEGURO POLICIAL / MILITAR</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	ESSALUD	<input type="checkbox"/>	AMBOS	<input type="checkbox"/>	SEGURO PRIVADO	<input type="checkbox"/>	NO TIENE	<input type="checkbox"/>	SEGURO POLICIAL / MILITAR	<input type="checkbox"/>		
ESSALUD	<input type="checkbox"/>	AMBOS	<input type="checkbox"/>										
SEGURO PRIVADO	<input type="checkbox"/>	NO TIENE	<input type="checkbox"/>										
SEGURO POLICIAL / MILITAR	<input type="checkbox"/>												
25) RÉGIMEN DE PENSIÓN: (MARQUE CON X)	<table border="1"><tbody><tr><td>SIS. NAC. DE PENSIONES</td><td><input type="checkbox"/></td><td>NO TIENE</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>AFP</td><td><input type="checkbox"/></td><td>OTRO:</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>SIS CAJA POLICIAL / MILITAR</td><td><input type="checkbox"/></td><td>ESPECIFICAR:</td><td></td></tr></tbody></table>	SIS. NAC. DE PENSIONES	<input type="checkbox"/>	NO TIENE	<input type="checkbox"/>	AFP	<input type="checkbox"/>	OTRO:	<input type="checkbox"/>	SIS CAJA POLICIAL / MILITAR	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:	
SIS. NAC. DE PENSIONES	<input type="checkbox"/>	NO TIENE	<input type="checkbox"/>										
AFP	<input type="checkbox"/>	OTRO:	<input type="checkbox"/>										
SIS CAJA POLICIAL / MILITAR	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:											
26) SEGURO DE VIDA: (MARQUE CON X)	SI <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>												
27) ANTECEDENTES MÉDICOS:	GRUPO SANGUÍNEO: ENFERMEDADES INFECCIOSAS: ALERGIAS:												



*Ilustre Colegio de Abogados de Ayacucho*

Fundado el 12 de diciembre de 1915

Portal Constitución N° 23 - Plaza Mayor de Huamanga

**“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”**

<b>28) DATOS FAMILIARES:</b>	<b>APELLIDOS Y NOMBRES DE CÓNYUGE:</b> <b>FECHA DE MATRIMONIO:</b> ____/____/____ <b>HIJOS (APELLIDOS - NOMBRES Y EDADES):</b> 1. 2. 3. 4.  <b>PADRES (APELLIDOS - NOMBRES Y EDADES):</b> 1. 2.																		
<b>29) AUTORIZO BRINDAR INFORMACIÓN A TERCEROS: (MARQUE CON X)</b>	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>CENTRO DE TRABAJO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>ESTUDIO PROFESIONAL</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CORREO ELECTRÓNICO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>DIRECCIÓN DOMICILIARIA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>NÚMERO TELEFÓNICO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		SI	NO	CENTRO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTUDIO PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CORREO ELECTRÓNICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN DOMICILIARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÚMERO TELEFÓNICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO																	
CENTRO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
ESTUDIO PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
NÚMERO TELEFÓNICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<b>30) CORREO ELECTRÓNICO:</b>																			
<b>31) SI TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD: (MARQUE CON X)</b>	<table border="1"><tbody><tr><td>DISCAPACIDAD AUDITIVA</td><td><input type="checkbox"/></td><td>DISCAPACIDAD MOTRIZ</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>DISCAPACIDAD DE LENGUAJE</td><td><input type="checkbox"/></td><td>OTROS</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	DISCAPACIDAD AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD MOTRIZ	<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD DE LENGUAJE	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>										
DISCAPACIDAD AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD MOTRIZ	<input type="checkbox"/>																
DISCAPACIDAD DE LENGUAJE	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>																
<b>32) ¿CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? (MARQUE CON X)</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																		
<b>33) ¿ESTÁ INSCRITO EN EL CONADIS? (MARQUE CON X)</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																		
<b>34) INDICAR SITUACIÓN LABORAL: (MARQUE CON X)</b>	<table border="1"><tbody><tr><td>INDEPENDIENTE</td><td><input type="checkbox"/></td><td>JUBILADO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>DEPENDIENTE</td><td><input type="checkbox"/></td><td>NO EJERZO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	JUBILADO	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	NO EJERZO	<input type="checkbox"/>										
INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	JUBILADO	<input type="checkbox"/>																
DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	NO EJERZO	<input type="checkbox"/>																
<b>34) INDIQUE SI UTILIZA AYUDAS BIOMECÁNICAS U OTRA AYUDA COMPENSATORIA:</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																		

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

Ayacucho, ..... de ..... de .....

.....  
FIRMA DEL ABOGADO (A)

☎ 944 225 968

🌐 icaayacucho.com.pe

📍 Jr. Sucre N.º 367.  
Portal Constitución N.º 23

✉ icaayacuchooperu@gmail.com