

# MODELO DE LLENADO DE FICHA



## FORMATO TIPO

### FICHA DE COLEGIACIÓN Y CARNETIZACIÓN

CÓDIGO DE FORMATO
FCYC-CNP01-2025
VERSIÓN
1.0-25/01/2025

LLENADO POR  
EL CONSEJO  
NACIONAL

CONSEJO REGIONAL	Nº RESOLUCIÓN DEL CN	Nº COLEGIATURA	FECHA DE COLEGIACIÓN
			Día Mes Año

\*Deben ser llenados por el Consejo Nacional del Colegio de Nutricionistas del Perú

#### I. INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

SEXO:	<input type="checkbox"/> M	GRUPO SANGUÍNEO:	ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Conviviente
	<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	

NACIMIENTO:	Día	Mes	Año	País	Distrito	Provincia	Departamento

Nº DNI:	Nº C. EXTRANJ.:	Nº TELÉF.	Nº CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:

DOMICILIO:	Jr. / Calle / Av.			Urbanización / AA.HH
	Distrito	Provincia	Departamento	

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?	<input type="checkbox"/> Si	Tipo de Discapacidad:	Nº Registro CONADIS:
	<input type="checkbox"/> No		

FACEBOOK:	INSTAGRAM:	X:

GRUPO  
SANGUÍNEO:

- ✓ O+ ✓ A+
- ✓ B+ ✓ AB+
- ✓ O- ✓ A-
- ✓ B- ✓ AB-

PEGAR FOTO  
TAMAÑO  
PASAPORTE  
CON  
VESTIMENTA  
FORMAL TIPO  
SASTRE

LLENAR CON  
LETRA  
IMPRENTA  
MAYÚSCULA

<b>II. INFORMACIÓN LABORAL</b>					
<b>MODALIDAD:</b>	<input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	<b>NOMBRE DEL CENTRO DEL TRABAJO:</b>		<b>CARGO:</b>	
<b>CONDICIÓN LABORAL:</b>	<input type="checkbox"/> Nombrado <input type="checkbox"/> Contrato 276 <input type="checkbox"/> Contrato 728	<input type="checkbox"/> CAS Indeterminado <input type="checkbox"/> Contrato CAS	<input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Locación de Servicio	<input type="checkbox"/> Otros especificar:  <input type="checkbox"/> Jubilado	
<b>DIRECCIÓN:</b>	Jr. / Calle / Av.		Departamento	Provincia	Distrito
<b>Nº TELÉF:</b>	<b>Nº CELULAR:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>TIENE OTRA OCUPACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 1. _____ 2. _____		
<b>TIPO DE SEGURO CON EL QUE CUENTA:</b>		<b>TIPO DE FONDO DE PENSIONES CON EL QUE CUENTA:</b> <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> ONP <input type="checkbox"/> Otros: _____			
<input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> Otros: _____					

**LLENAR CON  
LETRA IMPRENTA  
MAYÚSCULA**

**NO SE  
ACEPTARÁN  
FICHAS CON  
BORRONES NI  
ENMENDADURAS**

<b>III. INFORMACIÓN ACADÉMICA</b>						
<b>UNIVERSIDAD QUE OTORGA EL TÍTULO:</b>		<b>PAÍS:</b>	<b>SEDE PRINCIPAL:</b>	<b>SEDE DE ESTUDIO:</b>		
<b>¿CÓMO OBTUVO EL TÍTULO?</b> <input type="checkbox"/> Curso Profesional <input type="checkbox"/> Tesis		<b>MODALIDAD:</b> <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Semipresencial <input type="checkbox"/> Virtual	<b>NOMBRE DE TESIS:</b>			
<b>RESOLUCIÓN RECTORAL:</b>	Día	Mes	Año	<b>Nº Resolución:</b>	<b>Nº Libro</b>	<b>Nº Hoja</b>
<b>CURSO DE POSGRADO O ACTUALIZACIÓN</b> (menciones los más recientes)			<b>IDIOMAS</b>			
1.			Ingles	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Avanzado
2.			Italiano	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Avanzado
3.			Otros	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Avanzado
Indicar Idiomas _____						

#### IV. FONDO DE ASISTENCIA SOCIAL - FAS

De acuerdo a lo establecido en el Art. 82 del Estatuto, Art. 133 del Reglamento del Estatuto del Colegio de Nutricionistas del Perú y del Reglamento del Fondo de Asistencia Social, en caso de fallecimiento, Declaro Bajo Juramento nombrar como beneficiario(s) a:

Nombres y Apellidos	DNI	F. Nacimiento	Parentesco	Nº Celular	Domicilio
1.					
2.					
Correo electrónico 1:			Correo electrónico 2:		

LLENAR CON  
LETRA IMPRENTA  
MAYÚSCULA

NO SE  
ACEPTARÁN  
FICHAS CON  
BORRONES NI  
ENMENDADURAS

#### CLAÚSULA DE PRIVACIDAD DE DATOS

De acuerdo a la Ley de Protección de Datos personales – Ley Nº 29733 y su reglamentación, el suscrito NO autoriza al Colegio de Nutricionistas del Perú a proporcionar los datos personales mencionados en este documento a terceros.



FIRMA CON LAPICERO DE TINTA NEGRA  
NO EXCEDERSE DEL RECUADRO



HUELLA DEL COLEGIADO

FIRMAR Y COLOCAR HUELLA  
CON TINTA NEGRA

NO SOBREPASAR EL RECUADRO

**LLENAR CON  
LETRA  
IMPRENTA  
MAYÚSCULA**

Visto el expediente del solicitante el **CONSEJO REGIONAL**  
\_\_\_\_\_ del Colegio de Nutricionistas del Perú que suscribe,  
lo declara conforme.

DECANO(A)

VICE-DECANO(A)

SECRETARIO(A) GENERAL

SECRETARIO(A)  
ADMINISTRATIVO

SECRETARIO(A)  
ECONOMÍA

SECRETARIO(A) IMAGEN  
INSTITUCIONAL

SECRETARIO(A)  
CIENTÍFICO

Visto el expediente del solicitante el **CONSEJO NACIONAL**  
\_\_\_\_\_ del Colegio de Nutricionistas del Perú que suscribe, lo  
declara conforme.

DECANO(A)

VICE-DECANO(A)

SECRETARIO(A) GENERAL

SECRETARIO(A)  
ADMINISTRATIVO

SECRETARIO(A)  
ECONOMÍA

SECRETARIO(A) IMAGEN  
INSTITUCIONAL

SECRETARIO(A)  
CIENTÍFICO

**FIRMADO  
Y  
SELLADO  
POR EL  
CONSEJO  
REGIONAL**

**FIRMADO  
Y  
SELLADO  
EL  
CONSEJO  
NACIONAL**