

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

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 <input type="checkbox"/> No	Tipo de Discapacidad:	Nº Registro CONADIS:

FACEBOOK:	INSTAGRAM:	X:

PEGAR FOTO
TAMAÑO
PASAPORTE

PEGAR FOTO
TANAÑO
PASAPORTE
CON
VESTIMENTA
FORMAL TIPO
SASTRE

GRUPO
SANGUÍNEO:

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

LLENAR CON
LETRA
IMPRESA
MAYÚSCULA

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

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

**LLENAR CON
LETRA IMPRENTA
MAYÚSCULA**

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

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 N° 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
IMPRESA
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

**FIRMADO
Y
SELLADO
POR EL
CONSEJO
REGIONAL**

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
EL
CONSEJO
NACIONAL**