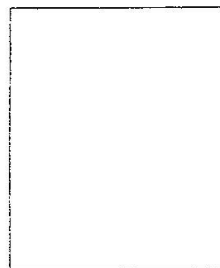




Ilustre Colegio de Abogados de Ayacucho

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. (PAIS) _____ DPTO _____ DPTO PROVINCIA _____

10) RESIDENCIA EN AYACUCHO _____ AÑOS _____
11) ESTADO CIVIL: CASADO VIUDO(A)
SOTERO(A) CONVIVIENTE
DIVORCIADO(A) SEPARADO(A)

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 NO ESPECIALIDAD _____ 20) DOCTORADO SI NO ESPECIALIDAD _____

21) TRABAJA UD. EN: SECTOR PUBLICO 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 _____ TELEFONO _____



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

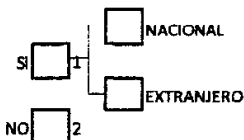
AFP

SISTEMA CAJA POLICIAL / MILITAR

NO TIENE

OTRO (ESPECIFICAR)

26) TIENE SEGURO DE VIDA?



27) ANTECEDENTES MEDICOS:

GRUPO SANGUINEO _____

ENFERMEDADES INFECCIOSAS _____

ALERGIAS _____

28) DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL CONYUGUE: _____

FECHA DE MATRIMONIO _____ / _____ / _____

HIJOS (Apellidos y Nombres)

EDAD

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

PADRES (APELLIDOS 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

SI

NO

CORREO ELECTRÓNICO

SI

NO

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

SI

NO

NUMERO TELEFONICO

SI

NO

30) CORREO ELECTRÓNICO: _____

SI TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD MARQUE CON X

QUE TIPO DE DISCAPACIDAD?

VISUAL

AUDICION Y LENGUAJE

FISICA (MOTRIZ)

OTROS

CUENTA 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 _____