

	FICHA DE DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR	Fecha de elaboración	Enero 2020
		Página	1 de 3
		Código	FT-RRHH-002-2020

PUESTO:

ÁREA:

FECHA DE INGRESO: ____/____/____

FOTO

1. DATOS PERSONALES								
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		PROVINCIA / DISTRITO (residencia actual)		
N° DE DNI / N° CARNET DE EXTRANJERIA		DOMICILIO (Av, Jr, Calle,) – URB / COOP/ AA.HH/ PJ / (residencia actual)						
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL			
/ /			M	F	SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>			
LUGAR DE NACIMIENTO		TELÉFONO DOMICILIO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO		
TALLA: CHAQUETA/GUARDAPOLVO/ CAMISA / BLUSA		TALLA PANTALON		INDIQUE UN N° DE TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA				
				COMUNICARSE CON:				
				AL TELÉFONO(S):				
2. DATOS FAMILIARES								
CANTIDAD DE HIJOS:				HIJOS QUE ESTUDIAN:				
HIJOS MENORES DE 18 AÑOS:				HIJOS MENORES DE 3 AÑOS:				
2.1 DATOS REFERENTES A LA FAMILIA DEL TRABAJADOR (PADRES, CONYUGE, HIJOS DEL TRABAJADOR)								
APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO			OCUPACION	ESTADO CIVIL	VIVE	
		DÍA	MES	AÑO			SI	NO
3. SALUD								
En caso de sufrir de alguna enfermedad, complete el siguiente recuadro:								
Respiratoria <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Dermatológica <input type="checkbox"/> Musco-esqueléticas <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>								
.....								
.....								
.....								
Recibe atención médica y/o tratamiento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
4. REGIMEN PENSIONARIO								
Nuevo Ingreso <input type="checkbox"/> ONP <input type="checkbox"/> AFP: HABITAT <input type="checkbox"/> PROFUTURO <input type="checkbox"/> INTEGRA <input type="checkbox"/> PRIMA <input type="checkbox"/>								

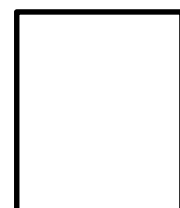
	FICHA DE DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR	Fecha de elaboración	Enero 2020
		Página	2 de 3
		Código	FT-RRHH-002-2020

5. FORMACION ACADEMICA						
5.1 EDUCACIÓN	COMPLETA Y/O INCOMPLETA	CENTRO DE ESTUDIOS	DESDE		HASTA	
PRIMARIA						
SECUNDARIA						
4.2 EDUCACIÓN SUPERIOR	ESPECIALIDAD	CENTRO DE ESTUDIOS	DES DE	HASTA	COMPLETA Y/O INCOMPLETA	Grado Académico Obtenido (Título, Bachiller, Egresado)
Técnico						
Universitario						
Maestría						
Doctorado						
6. CONOCIMIENTO DE IDIOMAS						
IDIOMA	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IDIOMA					
	BASICO	INTERMEDIO			AVANZADO	
7. EXPERIENCIA LABORAL						
CARGO	EMPRESA	PERIODO			MOTIVO DE CESE	
		Inicio	Termino	Duración Total		
8. DESARROLLO Y CAPACITACIÓN						
CURSO/SEMINARIO/CONGRESO/DIPLOMA/ADO/TALLER/ESPECIALIDAD	CENTRO DE ESTUDIO		DURACIÓN(horas, créditos, certificado)			

***DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS SON FIDEDIGNOS.**

Lima, ____ de _____ del 202_.

FIRMA DEL TRABAJADOR
DNI:



HUELLA DIGITAL

	FICHA DE DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR	Fecha de elaboración	Enero 2020
		Página	3 de 3
		Código	FT-RRHH-002-2020

DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente documento son veraces, completos y conforme a la realidad asumiendo la responsabilidad penal en caso de resultar falsos, de acuerdo a la Ley N° 27444 y el código penal vigente.

APELLIDOS Y NOMBRES:

DNI N°:

DIRECCIÓN

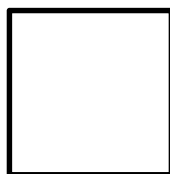
Av./Jr./Calle/Pasaje

N° _____ Interior _____ Mz.Lote.Zona.Km _____

Urbanización: _____

Distrito: _____

Puntos de referencia para la ubicación: _____



Firma del trabajador

Huella Digital

Lima, _____ de _____ del 202_.