



FICHA PERSONAL SOCIAL DEL ESTUDIANTE

Esta Ficha tiene valor de Declaración Jurada, por tanto sírvase dar información veraz.

1. DATOS GENERALES: Por favor marque con aspa y complete los espacios en blanco.

- 1.1. Apellidos y Nombres _____
- 1.2. Edad _____ 1.3. Sexo F () M () 1.4. DNI N° _____
- 1.5. Lugar de nacimiento: Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____
- 1.6. Fecha de nacimiento: _____ 1.7. Edad (años cumplidos): _____
- 1.8. Estado civil y/o conyugal: Soltero/a () Casado/a () Conviviente () Separado/a () Divorciado/a () Viudo/a ()
- 1.9. Dirección actual: _____
Jr./Calle/ Av. N°/ Mz. y Lote Urb./Asoc./AA .HH. Distrito
- 1.10. Teléf.: _____ 1.11. Correo electrónico: _____
- 1.12. Trabaja: SI () NO ()
- 1.13. Lugar de trabajo: _____ Horario: _____
- 1.14. Correo electrónico de la empresa: _____ 1.15. Teléf. trabajo: _____
- 1.16. Experiencias formativas en situaciones reales de trabajo: (P.P.P.) SI () NO ()
- 1.17. Lugar de práctica: _____ Horario: _____

2. DATOS ACADÉMICOS: Por favor marque con aspa y complete los espacios en blanco.

- 2.1. Carrera Profesional Técnica: _____ 2.2. Semestre Académico: _____
- 2.3. Semestre que cursa: _____ 2.4. Sección: _____ 2.5. Aula: _____ 2.6. Turno: D () N ()
- 2.7. Docente Consejero: _____

3. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR: Por favor marque con aspa y complete los espacios en blanco.

- 3.1. Estado Civil _____ 3.2. Cuantas personas viven en casa _____
- 3.3. Con quienes vives: Padres () Abuelos () Hermanos () Esposo () Hijos () Otros especificar: _____
- 3.4. Persona y parentesco para comunicarse en caso de emergencia _____
- 3.5. Teléfono de emergencia _____

4. DATOS DE SITUACIÓN DE SALUD: Por favor marque con aspa y complete los espacios en blanco.

- 4.1. Cuenta con seguro: 1. ESSALUD () 2. SIS gratuito () 3. SIS independiente () 4. Seguro privado ()
- 4.2. Grupo Sanguíneo _____ 4.3. Alergias (Específica): _____
- 4.4. Presenta algún tipo de discapacidad: SI () NO () Marque con X el tipo de discapacidad:
1. Motora () 2. Visual () 3. Auditiva () 4. Mental () 5. Otros especificar _____
- 4.5. Esta registrado en (puede marcar las dos opciones): 1.OMAPED () 2. CONADIS () N° _____
- 4.6. Especificar diagnóstico _____
- 4.7. Especificar si padece de alguna enfermedad y se encuentra con tratamiento médico: _____
- 4.8. Indicar medicamento: _____

5. DATOS DE SITUACION ECONOMICA: Por favor marque con aspa y complete el espacio en blanco si corresponde

- 5.1. De quien depende económicamente: Padre () Madre () Abuelos () Hermanos () Esposo () Otros especificar () _____
- 5.2. Padres: Trabajan ambos () Padre () Madre ()
- 5.3. Vivienda: Propia () Alquilada () Familiares ()