



RECURSOS PARA LA MOVILIZACION NACIONAL
(Norma Técnica N° 001 – 2010-MD-VPD-DGEPE)
EMPADRONAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS

ANEXO N° 01

NO LLENAR	
FICHA N°	
Fecha de llenado	/ /

DECLARACIÓN JURADA

I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE

1. INSCRIPCIÓN DEL SERVICIO MILITAR		Ejército..... 1	Marina2	Fuerza Aérea 3
2. Apellidos y nombres			3. Fecha de nacimiento	día mes año
4. Constancia de inscripción		Constancia Militar.....1	Libreta Militar.....2	5. DNI
6. CORREO ELECTRÓNICO				
7. Sexo	8. Estado civil	9. Nivel de instrucción alcanzado	10. Profesión u oficio	11. Tiene algún impedimento físico permanente
Hombre..... 1	Soltero(a)..... 1 Casado(a)..... 2 Conviviente..... 3 Divorciado(a)..... 4 Viudo(a)..... 5 Separado(a)..... 6	Sin Nivel1	_____	Sí..... 1
Mujer.....2		Primaria2	_____	No.....2
12. UBIGEO		Secundaria3	_____	
		Superior no universitaria4	_____	
		Superior universitaria5	_____	

13. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Tipo de vía: Avenida..... 1 Calle 2 Jirón.....3 Pasaje..... 4 Carretera5 Otro 6 Especificar.....

Nombre de vía		N° de puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.
Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento	N° Teléfono fijo	Celular	RPM		

II. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

14. Mencionar el tipo de trabajo		Independiente 1	Dependiente..... 2	Desocupado3					
15. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DONDE LABORA			16. RUC.						
17. Tipo de vía: Avenida.....1 Calle.....2 Jirón.....3 Pasaje.....4 Carretera.....5 Otro.....6 Especificar.....									
18. Nombre de vía		N° de puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	
19. Departamento	23. Cargo								
20. Provincia	24. Teléfono fijo		25. Anexo						
21. Distrito	26. Telefax		27. Otros (esp.)						
22. Correo electrónico									

III. DATOS ADICIONALES

28. Peso		33. Talla de camisa	--	--	--	--
29. Talla		34. Talla de pantalón	--	--	--	--
30. Grupo sanguíneo		35. Talla de gorra	--	--	--	--
31. Intolerancia médica		36. Talla de casaca	--	--	--	--
32. N° de Botas		37. Talla uniforme camuflado	S	M	L	XL

IV. MILITARES EN RETIRO Y LICENCIADOS

38. N.S.A.		40. Plana	OFICIALES...1	TTSSOO...2	Tropa...3	Civil.....4
39. GRADO		41. Especialidad		42. Calificación		

V. DATOS A SER LLENADOS POR LAS II.AA

43. Fecha ALTA FAP		día	mes	año	45. Reserva a la que pertenece	Orgánica.....1	Apoyo.....2	Disponible.....3	
44. Motivo de BAJA		Cumpl. Servicio	Medida Disciplinaria	A su Solicitud	Incapacidad Psicosomática.	Renovación	Otros (especificar)		
46. Ultima Unidad de Nombramiento					47. Fecha BAJA FAP		día	mes	año
48. Firma del Declarante					49. Firma del Registrador				