

FORMULARIO N°1 DE INSCRIPCIÓN AL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE FONAVI

Datos del Fonavista:

Tipo de documento: Número de Documento:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Fecha de Nacimiento: / / Sexo:

Dirección

Vía (Jr., Av., Calle, Pje. Etc): Nombre Vía: Nro: Interior:

Tipo Zona: Nombre Zona: Referencia:

Departamento: Provincia: Distrito:

Teléfono: Correo electrónico:

Tiene solicitante (Persona autorizada para realizar el trámite): Si No

Datos del Solicitante (en caso de no ser el Fonavista)

Tipo de documento: Número de Documento:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Fecha de Nacimiento: / / Sexo:

Dirección

Vía (Jr., Av., Calle, Pje. Etc): Nombre Vía: Nro: Interior:

Tipo Zona: Nombre Zona: Referencia:

Departamento: Provincia: Distrito:

Teléfono: Correo electrónico:

Parentesco con el Fonavista:

Historia Laboral (Sólo información del periodo Julio 1979-Agosto 1998)

Tipo de documento	N° de Documento	Razón Social	Inicio	Cese
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Información Complementaria:

Estado de la Jubilación:

Fecha de Afiliación ONP: / / Fecha de Afiliación SNP: / / Fecha de Afiliación AFP: / /

Estado de la Persona: Vivo Fallecido

NOTA: El presente formulario contiene la información que va a ser requerida en el proceso de identificación y registro. Se sugiere imprimirlo, luego organizar con cuidado la información requerida, especialmente lo relativo a su historial laboral.

Para mayor información, visite la sección "**Preguntas Frecuentes**" del Portal Web de la Secretaría Técnica de apoyo a la Comisión Ad Hoc - Ley N° 29625.