



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): Sí 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"/>

Información Complementaria: _____

Estado de la Jubilación:

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

Estado de la Persona: Vivo Fallecido