

FECHA DE INGRESO: 01/10/2025

TIPO DE PUESTO: EMPLEADO

CARGO: CONTROLLER OPERACIONES

ÁREA: OPERACIONES MUELLE CALLAO

NOMBRES Y APELLIDOS: ABNNEL GABRIEL ZAMORA PEREIRA

DIRECCION: JIRÓN DANTE MZ. LT.

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: - 14/08/1994

EMAIL: abnnelgabriel@gmail.com

CELULAR: 991304950

D.N.I.: 001843275

ESTADO CIVIL: SOLTERO

**INFORMACIÓN ACADÉMICA**

UNIVERSIDAD, INSTITUTO O C.E.: UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL ANTONIO JOSÉ DE SUCRE

GRADO DE ESTUDIOS: TITULADO

PROFESIÓN: INGENIERO INDUSTRIAL

**VIVIENDA:** (Marque con un aspa "X")PROPIA: ARRENDADA: OTROS: **BIENES MUEBLES E INMUEBLES:** (Describa)

LLAMAR EN EMERGENCIA

C

TELÉFONO:

1

**ELECCIÓN DE ENTIDAD DEPOSITARIA CTS:**

1. Entidad Financiera:

DE CREDITO DEL PERU

2. MONEDA: SOLES

DÓLARES

Nota: Certifico que la información aquí suministrada es verdadera y podrá ser verificada en cualquier momento por la empresa. Así mismo estoy dispuesto a brindar una ampliación de cualquier aspecto de los datos registrados.

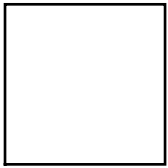
1.- Antecedentes: Declaro no registrar antecedentes penales, policiales y judiciales, gozar de buena salud física, mental y no tener inhabilitación administrativa con el Estado.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Art.411 del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al Art. 32 de la ley N° 27444, Ley del procedimiento administrativo General.

2.- Pruebas toxicológicas: Declaro NO CONSUMIR NINGUN TIPO DE SUSTANCIA TOXICOLÓGICA.

Autorizo a OCEANO SEAFOOD S.A, a efectuar cualquier tipo de Análisis y pruebas toxicológicas, en el momento que estime conveniente. Así mismo declaro conocer que para el tipo de labor requerida por la Empresa OCEANO SEAFOOD S.A., es necesario contar con un excelente estado mental, es por ello que el hacer uso de sustancias toxicológicas automáticamente generará someterme a las sanciones y/o medidas que la empresa estime otorgarme.

3.- Protección de datos personales: Otorgo a la empresa toda la información solicitada, para las investigaciones correspondientes previas al ingreso y mantenimiento del personal cuando me encuentre laborando, por lo que la empresa me garantiza y se compromete a guardar la confidencialidad de la información brindada.




Huella  
digital  
pulgar  
derecho



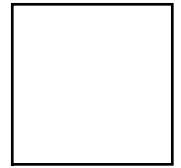
Huella  
digital  
índice  
derecho



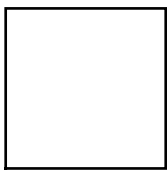
Huella  
digital  
medio  
derecho



Huella  
digital  
anular  
derecho



Huella  
digital  
meñique  
derecho



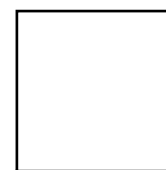
Huella  
digital  
pulgar  
Izquierdo



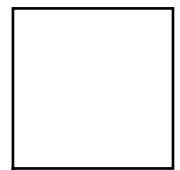
Huella  
digital  
índice  
Izquierdo



Huella  
digital  
medio  
Izquierdo



Huella  
digital  
anular  
Izquierdo



Huella  
digital  
meñique  
Izquierdo

FIRMA DEL TRABAJADOR:

---

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA**

RESPONSABLE DE RRHH:

NOMBRE:

FECHA:

CARGO:

FIRMA:

---