

FECHA DE INGRESO:	29/05/2023	TIPO DE PUESTO:	OBRERO
CARGO:	OPERADOR DE ALMACEN DE	ÁREA:	ALMACEN PT PLANTA PAITA
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS ALEXANDER BRACCONI SALAZAR		
DIRECCION	RES. ISABEL BARRETO MZ. R LT. 1		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	- 18/05/1980		
EMAIL:	braconisalazar18@gmail.com		
CELULAR:	970218558		
D.N.I.:	004496626	ESTADO CIVIL:	SOLTERO

INFORMACIÓN ACADÉMICA

UNIVERSIDAD, INSTITUTO O C.E.:	MINISTERIO DE EDUCACION LIBRE ESCOLARIDAD		
GRADO DE ESTUDIOS:	SECUNDARIA COMPLETA	PROFESIÓN:	OBRERO

DATOS FAMILIARES

Personas que dependen de Usted. En caso de hijos, considerar los menores de

HIJO MENOR DE EDAD	JEAN PIERRE BRACCONI PENOTT	FECHA DE NACIMIENTO:	22/10/2008
HIJO MENOR DE EDAD	CARLA ALDAHIR BRACCONI PENOTT	FECHA DE NACIMIENTO:	10/02/2011

VIVIENDA: (Marque con un aspa "X")

PROPIA:	<input type="checkbox"/>	ARRENDADA:	<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS:	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	------------	-------------------------------------	--------	--------------------------

BIENES MUEBLES E INMUEBLES: (Describa)

NO TENGO

DE LOS PARIENTES:

OTRO	ASTRIC OVIEDO RIVAS	OCUPACIÓN:	T.S.U
------	---------------------	------------	-------

LLAMAR EN EMERGENCIA

ASTRIC NAHOMI OVIEDO RIBAS

TELÉFONO:

956694338

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



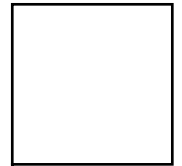
Huella digital índice derecho



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:
