

FECHA DE INGRESO:	16/03/2023	TIPO DE PUESTO:	EMPLEADO	
CARGO:	ASISTENTE DE CALIDAD DE	ÁREA:	OPERACIONES MUELLE	
NOMBRES Y	DFGDFG DFGDF GDFGDF			
DIRECCION ACTUAL:	U.V. GDFGDF MZ. LT.			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	CHIGUIRIP - 27/02/2023			
EMAIL:	gfdgdf@dfdas.com			
CELULAR:	423423			
D.N.I.:	9990	ESTADO CIVIL:	CONVIVIENTE	

INFORMACIÓN ACADEMICA

UNIVERSIDAD, INSTITUTO O C.E.:			
GRADO DE ESTUDIOS:	null	PROFESIÓN:	

DATOS FAMILIARES

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

GESTANTE	GDF GFDGD GDFGDF	FECHA DE NACIMIENTO:	14/03/2023
HIJO MENOR DE EDAD	FGHFG HFGHFG HFGHFG	FECHA DE NACIMIENTO:	12/03/2023
HIJO MENOR DE EDAD	SAD ASDASDAS DASDAS	FECHA DE NACIMIENTO:	07/03/2023

VIVIENDA: (Marque con un aspa "X")

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

BIENES MUEBLES E INMUEBLES: (Describa)**DE LOS PARIENTES:**

MADRE	FDGDF GDFGDF GDFGDF	OCUPACIÓN:	
--------------	---------------------	-------------------	--

LLAMAR EN EMERGENCIA

GDFGDF

TELÉFONO:

4353534

ELECCIÓN DE ENTIDAD DEPOSITARIA CTS:

1. Entidad Financiera:

LATINO

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.

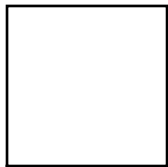
1.- Antecedentes: Declaro no registrar antecedentes penales, policiales y judiciales, gozar de buena salud física, mental y no tener inhabilitación administrativa con el Estado.

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

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.



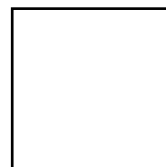
Huella digital pulgar derecho



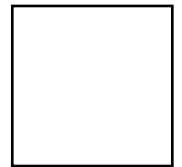
Huella digital índice derecho



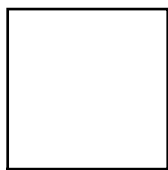
Huella digital medio derecho



Huella digital anular derecho



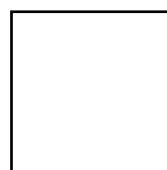
Huella digital meñique derecho



Huella digital pulgar izquierdo



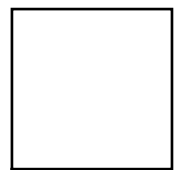
Huella digital índice izquierdo



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:
