



COLEGIO DE OFICIALES DE MARINA MERCANTE DEL PERÚ LEY N° 28290



FICHA DE COLEGIADO

DATOS PERSONALES

Expediente N°		Colegiado N°			
Apellido Paterno:		Apellido Materno:			
Nombres:		Sexo	M	F	
Fecha nacimiento:		Estado Civil:			
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre:			
Lugar de Nacimiento:		Edad:			
Dpto.:	Provincia:	Distrito:			
DNI:	Pasaporte:	Otros:			
Dirección Domiciliaria:					
N°	Interior:	Urbanización:			
Distrito:	Provincia:	Dpto.:			
Referencia:					
Teléfono 1:		Teléfono 2:		Celular:	
Correo Electrónico:		Fax:			

FORMACION ACADEMICA

Centro de Formación:		País:	
Fecha de Titulación:		Especialidad:	
Registro de Título en ENAMM	Folio:	N°	
Registro de Título en COMMPE	Folio:	N°	
Convalidación en Escuela Nacional de Marina Mercante "Almirante Miguel Grau"			
Fecha de Titulación:		Otros:	
Registro de Título en ENAMM	Folio:	N°	

GRADO OBTENIDO	CENTRO	FECHA DE TITULACION	DURACION (horas)
FORMACION COMPLEMENTARIA			
Doctorado, Master, cursos de Experto, Especialista, cursos de especialización y formación ocupacional vinculados a las áreas de interés, preferentemente en los últimos 5 años.			

OTROS IDIOMAS		Consignar el nivel de conocimientos del idioma, considerando lectura, pronunciación y escritura. Marcar Toefel en caso de tener un nivel igual o superior a este.		
IDIOMA	BASICO	MEDIO	AVANZADO	TOEFEL

FORMACION LABORAL

EXPERIENCIA PROFESIONAL	Indicar toda Actividad Profesional (Con contrato, voluntario, prácticas, becas, etc.) relevante dentro de las áreas de interés realizadas en los últimos 6 años preferentemente.			
CARGO	ENTIDAD	FECHA INICIO	FECHA CESE	TIEMPO

CENTRO DE TRABAJO ACTUAL

Razón Social de la Empresa:	
Rubro de la Empresa:	
Puesto / Cargo:	Especialidad:
Dependiente:	Independiente:
Dirección:	
Interior:	Urbanización:
Código Postal:	
Distrito:	Provincia:
Dpto.:	
Referencia:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:
Fax 1:	
Celular 1:	Celular 2:
Fax 2:	
Correo Electrónico:	

DOCENCIA

CENTRO DE ESTUDIOS	ASIGNATURA	FECHA INICIO	FECHA TERMINO

EXPERIENCIA ARBITRAL Y/O PERICIAL

MATERIA	TIPO	FECHA INICIO	FECHA TERMINO

INFORMACION ADICIONAL

SEGURO SOCIAL		REGIMEN PENSION		SEGUROS PRIVADOS	
Es Salud		Sist. Nac. Pensiones		Accidentes Nacional	
Seguro Privado		AFP.		Accidentes Extranjero	
Ambos		No tiene		Vida Nacional	
No tiene		Otro (especificar)		Vida Extranjero	

ANTECEDENTES MEDICOS		
Grupo Sanguíneo:	Tipo de Presión:	Diabetes: (Si) o (No)
Alergias:		
Enfermedades Infecciosas:		
Operaciones:		

DATOS FAMILIARES			
NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO
1		PADRE	
2		MADRE	
3			
4			
5			
6			
7			

Por la presente autorizo a brindar información a terceras personas y/o instituciones sobre mi:

Centro de Trabajo:	(SI)	(NO)
Dirección Domiciliaria	(SI)	(NO)
Correo Electrónico	(SI)	(NO)
Teléfonos	(SI)	(NO)

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE DOCUMENTO SON REALES Y ACTUALES.

FIRMA

CALLAO, _____

Nota: Los datos de la presente Ficha de Colegiado se declaran en aplicación del Principio de presunción de veracidad del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS y a lo dispuesto en los dispositivos legales vigentes.