

FICHA DE DECLARACIÓN JURADA DEL AGENTE PARTICIPANTE

Es requisito **OBLIGATORIO** cumplir con el llenado de una (01) ficha por cada Agente Participante, la cual se asumirá como **DECLARACIÓN JURADA**.

1. DATOS DEL AGENTE PARTICIPANTE:

| NOMBRES Y APELLIDOS | | | |
|---------------------------------------|--|--|---------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | DIRECCION (AV./CALLE/JIRON/PSJE./MZ./LOTE/URB.) | |
| DNI | <input type="checkbox"/> N° _____ | _____ | |
| OTROS | <input type="checkbox"/> (especificar) _____ | _____ | |
| ESTADO CIVIL | | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO | EDAD |
| SOLTERO(A) | <input type="checkbox"/> | | |
| CASADO(A) | <input type="checkbox"/> | | |
| VIUDO(A) | <input type="checkbox"/> | SEXO | |
| DIVORCIADO(A) | <input type="checkbox"/> | FEMENINO | <input type="checkbox"/> |
| | | MASCULINO | <input type="checkbox"/> |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | | | PROFESIÓN |
| PRIMARIA COMPLETA | <input type="checkbox"/> | BACHILLER | <input type="checkbox"/> |
| PRIMARIA INCOMPLETA | <input type="checkbox"/> | LICENCIADO | <input type="checkbox"/> |
| SECUNDARIA COMPLETA | <input type="checkbox"/> | MAGISTER | <input type="checkbox"/> |
| SECUNDARIA INCOMPLETA | <input type="checkbox"/> | DOCTOR | <input type="checkbox"/> |
| TÉCNICO | <input type="checkbox"/> | TITULADO | <input type="checkbox"/> |
| | | NO TIENE INSTRUCCIÓN | <input type="checkbox"/> |
| TELEFONO | | CELULAR | CORREO ELECTRONICO |
| | | | |

2. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN A LA QUE REPRESENTA:

| NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL | | | |
|---|--|---|--------------------------|
| _____ | | | |
| TIPO DE ORGANIZACIÓN | | | |
| JUNTA VECINAL | <input type="checkbox"/> | MESA DE CONCERTACIÓN DE LUCHA CONTRA LA POBREZA | <input type="checkbox"/> |
| CLUB DE MADRES | <input type="checkbox"/> | OTRA ORGANIZACIÓN SOCIAL REPRESENTATIVA | <input type="checkbox"/> |
| COMEDOR POPULAR | <input type="checkbox"/> | APAFA | <input type="checkbox"/> |
| COMITÉ DE VASO DE LECHE | <input type="checkbox"/> | ASOCIACIÓN DE GREMIO EMPRESARIAL | <input type="checkbox"/> |
| ORGANIZACIÓN DE MUJERES | <input type="checkbox"/> | SINDICATO | <input type="checkbox"/> |
| ORGANIZACIÓN DE JÓVENES | <input type="checkbox"/> | IGLESIA | <input type="checkbox"/> |
| ASOCIACIÓN CIVIL | <input type="checkbox"/> | OTROS: _____ | <input type="checkbox"/> |
| RECONOCIMIENTO | | DIRECCIÓN O SEDE DE LA ORGANIZACIÓN | |
| RUOS | <input type="checkbox"/> N° _____ | _____ | |
| SUNARP | <input type="checkbox"/> | _____ | |
| OTROS | <input type="checkbox"/> (especificar) _____ | _____ | |
| ZONA AL CUAL PERTENECE (PARA UBICACIÓN DEL AGENTE) | CARGO QUE OCUPA EN LA ORGANIZACIÓN | SEGMENTO AL CUAL REPRESENTA | |
| | | | |

3. EXPERIENCIA EN EL PRESUPUESTO PARTICIPATIVO:

| ¿HA PARTICIPADO COMO AGENTE PARTICIPANTE EN PROCESOS DE AÑOS ANTERIORES? | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|-------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 2013 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | 2014 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | 2015 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

.....
FIRMA DEL AGENTE PARTICIPANTE