



ACTUALIZACIÓN

FICHA DE DATOS DE AGREMIADO DE LA ORDEN

REGISTRO CAL				

Señor(ita) Abogado(a) Agremiado(a) de la Orden, complete los datos que desee actualizar.
COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA.

I. DATOS PERSONALES:

1. APELLIDO PATERNO:			
2. APELLIDO MATERNO:			
3. NOMBRES:			
4. DNI:	LM:	RUC:	CE: CI:
5. DIRECCIÓN			
6. TELF. FIJO:		TELF. CELULAR:	
7. SEXO: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	8. FECHA DE NACIMIENTO: / /	
9. LUGAR DE NACIMIENTO:	País	Departamento:	Provincia:
10. RESIDENCIA EN LIMA: (años)	11. ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) <input type="checkbox"/>		CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>
	CASADO(A) <input type="checkbox"/>		SEPARADO(A) <input type="checkbox"/>
	DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>		VIUDO(A) <input type="checkbox"/>

II. INFORMACIÓN ACADÉMICA

12. MAESTRIA: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESPECIALIDAD:	
13. DOCTORADO: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESPECIALIDAD:	

III. INFORMACIÓN LABORAL:

15. TRABAJA USTED EN:	SECTOR PUBLICO <input type="checkbox"/>	ES USTED: CESANTE <input type="checkbox"/>
	SECTOR PRIVADO <input type="checkbox"/>	DESOCUPADO/DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>
	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	JUBILADO <input type="checkbox"/>
16. CENTRO DE ATRABAJO (en forma dependiente)		
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO:		
DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO:		
TELEFONOS:		



Ilustre Colegio de Abogados de Lima
Secretaría General

NOMBRE DE ESTUDIO PROFESIONAL:				
CARGO QUE OCUPA:				
DIRECCIÓN DEL ESTUDIO:				
TELEFONOS:				
SI USTED ES:	SOCIO <input type="checkbox"/>	ASOCIADO <input type="checkbox"/>	TRABAJA SOLO <input type="checkbox"/>	OTRA CARRERA <input type="checkbox"/>

IV. DATOS FAMILIARES

17. CONYUGE (Apellidos y Nombres):	
EDAD:	FECHA DE MATRIMONIO:
18. HIJOS: (Apellidos y Nombres)	
1)	
2)	
3)	
19. PADRES (Apellidos y Nombres)	

V. POR LA PRESENTE AUTORIZO AL CAL A BRINDAR INFORMACIÓN A TERCERAS PERSONAS Y/O INSTITUCIONES SOBRE MI PERSONA:

CENTRO DE TRABAJO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESTUDIO PROFESIONAL:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CASILLA DE NOTIFICACIONES:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CORREOS ELECTRONICOS:		

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON REALES Y ACTUALES.

FIRMA DEL AGREMIADO

Miraflores, _____

****Nota:** Usted puede enviar la "Ficha de Datos del Agremiado de la Orden" debidamente firmada y remitirla escaneada vía correo electrónico a: infosg.cal@gmail.com ó dejarla en Mesa de Partes, para que continúe con trámite respectivo. **SI DESEA ACTUALIZAR SU FOTO**, puede acercarse a la Oficina de Registros (08:00 a 06:00pm).