



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad CONADIS

**Formulario 1**

**Registro de personas naturales con discapacidad  
Con carácter de declaración jurada**

Fotografía  
RENIEC

**Datos proporcionados por el solicitante:**

Tipo de trámite: (marcar con X)	Solicitud inicial	Duplicado	Modificación o actualización	Copias autenticadas	Rectificación por error material	Retiro del registro
---------------------------------	-------------------	-----------	------------------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Motivo del trámite:	
---------------------	--

DNI:

Nº de certificado de discapacidad:

DNI del representante (si correspondiera):

Correo electrónico de contacto:

Número de contacto:

**Datos del solicitante obtenidos de la base de datos RENIEC:**

Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Estado Civil :

Dirección:

Grado de instrucción:

Lugar de nacimiento:

**Datos del representante obtenidos de la base de datos RENIEC:**

Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Estado Civil :

Dirección:

Grado de instrucción:

Lugar de nacimiento:

Fecha: Día / Mes / Año	huella digital	Firma del solicitante o su representante/apoderado
------------------------	----------------	--