

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

Ramón Castilla, 22 de noviembre del 2023

OFICIO N° 0063-2023/D.I.E N° 0237 “JSM”-RC

SEÑOR : Prof. María Carolina Pérez Tello
Directora de la UGEL – El Dorado

ASUNTO : **Informe sobre conformación del “Comité de Alimentación Escolar” (CAE) I.E. N° 0237 “José de San Martín” Nivel Primaria, para el año 2024.**

Es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente a nombre de la Dirección de la I.E N° 0237 “José de San Martín” del Caserío de Ramón Castilla, Distrito de Santa Rosa, Provincia de El Dorado, región San Martín; así mismo por medio de la presente informarle lo siguiente:

Al mismo tiempo atendiendo al protocolo aprobado con la RDE 485-2023 – MIDIS/PNAEQW-DE, protocolo para la conformación y actualización del CAE 2024, la R.M N° 587-2023-MINEDU Lineamientos para la prestación del servicio educativo en instituciones y programas educativos de Educación Básica para el año 2024; hago llegar la conformación del **“Comité de Alimentación Escolar” (CAE) Nivel Primaria**, que estarán ejerciendo sus funciones el próximo **Año Escolar 2024**.

Agradeciéndole por anticipado la atención a la presente, me suscribo de usted, no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

 
Mg. Ysmáel Estela Fernández
DIRECTOR

ANEXO N°1

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-001
Versión N°: 10		ACTA DE CONFORMACION/ACTUALIZACIÓN Y COMPROMISO DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

En el centro poblado/sector/urbanización RAMON CASTILLA del distrito de Santa Rosa provincia El Dorado y departamento de San Martín.

En el marco de la norma técnica para la cogestión del servicio alimentario del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAEQW) y de acuerdo a los procedimientos generales para la operatividad del modelo de cogestión para la atención del servicio alimentario, siendo las 2:30 p.m del día 13 del mes de Noviembre del año 2023, la IE/ PRONOEI 0237 "José de San Martín" con código modular N° 0303297, del nivel Primaria, en la reunión de madres y padres de familia presidida por el/la director/a o quien haga de sus veces en la IE la/el Sra./Sr. Ysmael ESTELA FERNANDEZ con DNI 27419749, se inicia la presente sesión con los siguientes puntos de agenda:

1. Difusión de la estrategia de cogestión, las etapas de la prestación y vigilancia del servicio alimentario, así como las **responsabilidades, funciones e impedimentos** de las/los integrantes del Comité de Alimentación Escolar (CAE).
2. Elección de las/los integrantes del CAE, y/o delegación de la presidencia de corresponder, de acuerdo con la normativa del PNAEQW.
3. **Compromiso público** de las/los integrantes de cumplir estrictamente las funciones y responsabilidades establecidas por el PNAEQW y la suscripción de la ficha de datos.

Se inicia la sesión dando a conocer el punto N°1 de la agenda, luego de lo cual se procede a la **elección de las/los integrantes del CAE**, los cuales pueden ser voluntarios/os o elegidas/os por voto. Una vez identificado a las/los representantes, se declara conformado el CAE de la siguiente forma:

Rol en el CAE	Nombres y apellidos (completos)	DNI N°	Cargo en la IE ¹
Presidenta/e	<u>Ysmael ESTELA FERNANDEZ</u>	<u>27419749</u>	<u>DIRECTOR</u>
Secretaria/o:	<u>Alcidia DIAZ MORI</u>	<u>00881442</u>	<u>PROFESORA</u>
La/el vocal:	<u>Luz Maribel ROMAN LOPEZ</u>	<u>47729267</u>	<u>MADRE DE FAM.</u>
La/el vocal:	<u>Nazaria CASTILLO QUIÑONES</u>	<u>45048457</u>	<u>MADRE DE FAM.</u>
La/el vocal:	<u>Megali Patricia JSUIZA SATALAYA</u>	<u>43474496</u>	<u>MADRE DE FAM.</u>

Con la finalidad de formalizar la conformación/actualización del CAE, se pasa a ejecutar el tercer punto de la agenda. Habiendo sido leída el acta por cada una/uno de las/los integrantes del CAE, suscritos y verificados los datos y firmas en los formatos correspondientes; siendo las _____ horas del mismo día, firman el/la director/a de la IE y la/el presidenta/e de APAFA o representante de las madres y padres de familia, en representación de los presentes y en señal de conformidad.

 <p>Firma y sello de director/a, coordinador/a de PRONOEI o quien haga sus veces, de la IE² Nombres y apellidos: <u>Ysmael ESTELA FERNANDEZ</u> DNI: <u>27419749</u></p>	 <p>Firma de presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia³ Nombres y apellidos: _____ DNI: _____</p>
--	--

¹ Director/a, subdirector/a, coordinador/a de PRONOEI, promotor/a educativo, coordinador/a del núcleo educativo (ST), coordinador/a CRFA, coordinador/a SRE, docente, personal administrativo, madre o padre de familia, gestor/a comunitario (ST), personal de cocina, responsable de recepción, según el Cuadro N°2 del presente documento.

² El director/a o responsable de la IE o docente coordinador/a del PRONOEI debe consignar su firma y el sello de la IE.

³ Presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia debe consignar su firma y sello (solo si cuenta con sello). Para la actualización del CAE: cuando ÚNICAMENTE se actualiza el cargo de presidenta/e y este recae en el/la director/a o quien haga sus veces, no se requiere la firma del presidente de la APAFA o representante de las madres o padres de familia.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 13 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	<input checked="" type="checkbox"/>	Secretaria/o	<input type="checkbox"/>	La/el Vocal 1	<input type="checkbox"/>	La/el Vocal 2	<input type="checkbox"/>	La/el Vocal 3	<input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	<input type="checkbox"/>	Actualización	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	---------------	-------------------------------------

DATOS PERSONALES

<u>Ysmael</u>	<u>ESTELA</u>	<u>FERNANDEZ</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>19011969</u>	<input checked="" type="checkbox"/> F	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO			
<u>- 27 4 1 9 7 4 9</u>			<u>---</u>
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA			N° TELEFONO DOMICILIO

<u>DIRECTOR</u>	<u>9 4 2 9 6 0 8 4 9</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<u>ysmaelestela@gmail.com</u>
CORREO ELECTRONICO

<u>JR. SAN JUAN S/N.</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

  Prof. Ysmael Estela Fernández DIRECTOR	  FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Ysmael Estela Fernández</u>
Firma y sello ⁶ de presidenta/e Nombres y apellidos:	FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Ysmael Estela Fernández</u>
DNI: <u>27419749</u>	DNI: <u>27419749</u>

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:
Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Norratsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Mura-murani (17), Kandozi-chapra (18), Kalkrie (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwi (22), Madja (23), Kukera kulerria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-Itonbo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 23/11/2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia	Secretaria/o	<input checked="" type="checkbox"/> La/e Vocal 1	La/e Vocal 2	La/e Vocal 3
-------------	--------------	--	--------------	--------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>ALCIDIA</u>	<u>DIAZ</u>	<u>MORI</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>22/11/1963</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO	M		
<u>- 00881442</u>			
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA			N° TELEFONO DOMICILIO

<u>PROFESORA</u>	<u>963544334</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<u>alcidiadiazmori@gmail.com</u>
CORREO ELECTRONICO

<u>JR. SAN JUAN S/N</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

  Prof. Ysmael Estela Fernández DIRECTOR	  FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Alcidia Diaz Mori</u> DNI: <u>00881442</u>
Firma y sello de presidenta/e Nombres y apellidos: DNI: <u>27419749</u>	

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kalataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Norratsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wámpis (14), Secoya (15), Sharanhua (16), Murui-murinani (17), Kandozi-chapra (18), Kalkite (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Mada (23), Kúemra kúemria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 13 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencial	Secretarial	La/el Vocal 1	<input checked="" type="checkbox"/>	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
--------------	-------------	---------------	-------------------------------------	---------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>LUZ MARIBEL</u>	<u>ROMAN</u>	<u>LOPEZ</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>16</u> / <u>07</u> / <u>1991</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO			

<u>-</u> <u>4</u> <u>7</u> <u>7</u> <u>2</u> <u>9</u> <u>2</u> <u>6</u> <u>7</u>	
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>MADRE DE FAMILIA</u>	<u>9</u> <u>7</u> <u>2</u> <u>8</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>9</u> <u>5</u> <u>1</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<u>---</u>
CORREO ELECTRONICO

<u>JR. 28 DE JULIO SIN</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

  Prof. Ysmar Estela Fernández DIRECTOR	 
Firma y sello de presidenta/e	FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante
Nombres y apellidos:	Nombres y apellidos: <u>LUZ MARIBEL ROMAN LOPEZ</u>
DNI: <u>27419749</u>	DNI: <u>47729267</u>

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda: Español (1), Quechua (2), Aymara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kaletaiño (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Noratsigenga (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sheranahua (16), Muri-murina (17), Kandozi-chapra (18), Kairite (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwili (22), Madja (23), Kulerma kulerma (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 13/11/2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e	Secretaria/o	La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	<input checked="" type="checkbox"/>	La/el Vocal 3
--------------	--------------	---------------	---------------	-------------------------------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>NAZARIA</u>	<u>CASTILLO</u>	<u>QUIÑONES</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>03/07/1987</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO	M <input checked="" type="checkbox"/>		
<u>- 4 5 0 4 8 4 5 7</u>			<u>- - -</u>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA			N° TELEFONO DOMICILIO

<u>MADRE DE FAMILIA</u>	<u>9 4 5 0 6 6 8 7 4</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<u>- - -</u>
CORREO ELECTRONICO

<u>JR. SARGENTO LORES 5/N.</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

  <p>Prof. Ysmael Estela Fernández DIRECTOR</p>	 
Firma y Sello* de presidenta/e Nombres y apellidos: DNI: <u>27419749</u>	FIRMA O HUELLA DACTILAR* del integrante Nombres y apellidos: <u>Nazaria CASTILLO QUIÑONES</u> DNI: <u>45048457</u>

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:
Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kaletaiño (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Norratsigenka (11), Yanetsha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sheranahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kankrite (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madja (23), Kúerra kúemria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidenta/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusion Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR		Página 1 de 1

Fecha: 13 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e	Secretaria/o	La/e Vocal 1	La/e Vocal 2	La/e Vocal 3
				<input checked="" type="checkbox"/>

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	

DATOS PERSONALES

<u>MAGALI PATRICIA</u>	<u>ISUIZA</u>	<u>SATALAYA</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>10</u> / <u>06</u> / <u>1988</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO			

<u>- 4 3 4 7 4 4 9 6</u>	<u>- - -</u>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>MADRE DE FAMILIA</u>	<u>9 2 0 3 1 0 0 3 2</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<u>- - -</u>
CORREO ELECTRONICO

<u>JR SAN JUAN S/N.</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

 Firma y sello ⁶ de presidenta/e Nombres y apellidos: <u>YSMAEL ESTELA FERNANDEZ</u> DNI:	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>MAGALI PATRICIA ISUIZA SATALAYA</u> DNI: <u>43474496</u>
---	--

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:
 Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Haraikut (4), Awañit (5), Ese Eja (6), Yine (7), Kaketaito (8), Matsigerike (9), Jaqaru (10), Nometsigerka (11), Yanetsa (12), Cashinahua (13), Werpis (14), Seooy (15), Sheranahua (16), Murul-muirani (17), Kandoz-chapra (18), Kakirte (19), Matsés (20), Iltu (21), Shiwlu (22), Madja (23), Kukerra kulemria (24), Ashaninka (25), Shami (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28).

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.