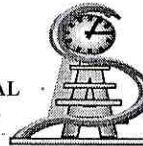




UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
 VICERRECTORADO ADMINISTRATIVO  
 DIRECCION DE ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL  
 DIVISION DE BENEFICIOS SOCIOECONOMICOS  
 DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL



**ACTUALIZACION DE DATOS**  
**HIJOS CON DISCAPACIDAD**  
**PERSONAL DOCENTE, PROFESIONAL, ADMINISTRATIVO Y OBRERO**

**IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Facultad o Dependencia Central: \_\_\_\_\_

Tipo de Personal: Docente \_\_\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_ Administrativo \_\_\_\_\_ Obrero \_\_\_\_\_

Activo \_\_\_\_\_ Jubilado \_\_\_\_\_

Dirección de Habitación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Telef. Hab. \_\_\_\_\_ Telef. Oficina \_\_\_\_\_ Móvil Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL HIJO CON DISCAPACIDAD:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

Estudia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Institución en la que realizan evaluación médica: \_\_\_\_\_

Firma del trabajador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**DOY FE QUE TODOS LOS DATOS ANTERIORMENTE SUMINISTRADOS SON FIDEDIGNOS.**

YI/CC/EA/ca