

COMUNICACIÓN CAMBIO DOMICILIO

1.- DATOS PERSONALES

Nº NOMINA	APELLIDOS Y NOMBRE	D.N.I.
CATEGORIA	UNIDAD FUNCIONAL	

2.- DATOS DOMICILIO

CALLE	LOCALIDAD	C.P.
--------------	------------------	-------------

3.- TELEFONOS

--	--

4.- FECHA CAMBIO ___/___/___

**5.- SI PROCEDE:
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO E-mail**

--

Santander, a ___ de _____ de 20__

Los datos contenidos en este documento podrán ser mecanizados para su tratamiento por este Hospital. Según la LOPD 15/1999 de 13 de diciembre Vd. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, dirigiéndose al responsable del fichero Hospital U. "Marqués de Valdecilla", Avda. Valdecilla, s/n (39008-Santander), a través del Servicio de Personal.