

A rellenar por RRHH

DATOS DEL TRABAJADOR

FECHA INICIO RELACIÓN LAB.

TIPO DE CONTRATO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

Nº PLANTILLA

FECHA NACIMIENTO:

N.I.F.:

Nº SEGURIDAD SOCIAL:

LUGAR DE NACIMIENTO:

PROVINCIA:

PAÍS:

NACIONALIDAD :

DOMICILIO PARTICULAR:

Nº

PISO

C.P.

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

TELF:

CORREO ELECTRÓNICO:

MÓVIL:

ESTADO CIVIL:

HIJOS/DESCENDIENTES/ASCENDIENTES A SU CARGO

PARENTESCO

FECHA NAC.

NIF

MINUS.

HIJOS/DESCENDIENTES/ASCENDIENTES A SU CARGO	PARENTESCO	FECHA NAC.	NIF	MINUS.

PROVIENE DE HOSPITAL PUBLICO:

SI

NO

HA SOLICITADO EXCEDENCIA EN DICHO CENTRO:

SI

NO

NOMBRE DEL HOSPITAL DE ORIGEN:

DATOS BANCARIOS (ENTIDAD)

Nº IBAN

Nº DE CUENTA CORRIENTE:

DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD:

Fecha y firma: