

# NOTIFICACIÓN DOMICILIO

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

D.N.I. N°: \_\_\_\_\_

CON DOMICILIO EN: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_

C.P: \_\_\_\_\_

TELF/E-MAIL: \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

SERVICIO/UNIDAD DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

Granada, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

**Fdo.:**

SR. DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA.