**Contratos predoctorales de Formación de Profesorado Universitario (FPU).**

**COMUNICACIÓN DEL NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL**

**Año de Convocatoria**

**Datos personales a efectos de notificación**

|  |  |
| --- | --- |
| Primer apellido: | Segundo apellido: |
| Nombre: | DNI: |
| **Dirección postal particular**  Calle, Plaza, etc.:  Código Postal:  Ciudad:  Provincia:  Correo electrónico: | |

**COMUNICA QUE:**

El número de afiliación a la Seguridad Social (NSS) como titular beneficiario para su inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social es:

|  |
| --- |
| **Número de afiliación:**  **Deberá adjuntar copia del documento expedido por la  Seguridad Social por el que se le asigna el número de afiliación** |

|  |
| --- |
| FIRMA ELECTRÓNICA DEL INTERESADO/A  [Al firmar declaro haber leído y aceptado la cláusula de protección de datos al pie indicada](https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-05-23-Info-Adic-Tratamiento-Investigaci%C3%B3n.pdf) |