**Contratos Predoctorales de Personal Investigador en Formación**

**Plan Nacional sobre Drogas**

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

**Año de Convocatoria**

**DATOS PERSONALES A EFECTOS DE COMUNICACIONES**

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre:

Nº DNI/NIE:

Dirección postal particular:

Código postal:

Localidad:

Provincia:

Correo electrónico:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

**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](https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-05-23-Info-Adic-Tratamiento-Investigaci%C3%B3n.pdf)[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)Fdo.:  |