Marque con una “**X**” según proceda:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Aportar por primera vez datos personales con el fin de formalizar el nuevo contrato que se me ha adjudicado en el Instituto de Astrofísica de Canarias. **En este caso deberá completar la totalidad de datos solicitados.** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Modificar datos personales en la base de datos del IAC. **En este caso, cumplimente sólo los datos de Nombre, Apellidos, NIF y aquellos que desee modificar.** | | | | | | |
|  |
| **APELLIDOS:** | | | |  | **NOMBRE:** |  | **NIF:** |  |

**Datos a incorporar o a modificar:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NACIONALIDAD:** |  | **Fecha de nacimiento:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE CONTACTO** | | | | | | | | | |
| **Calle / Plaza:** |  | | | **Nº:** |  | **Piso:** |  | **Puerta:** |  |
| **Localidad:** |  | | | **Código Postal:** | | |  | | |
| **Provincia:** |  | | | **País:** | | |  | | |
| **Teléfono:** |  | **Email:** |  | **Nº Seguridad Social:** | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS BANCARIOS** | | | | | | |
| **Código IBAN:** |  | **Nombre Entidad**: | | |  | |
| **Domicilio Entidad Bancaria** | | | | | | |
| **Calle / Plaza:** |  | **Nº:** |  | **Código Postal:** | |  |
| **Localidad:** |  | **Provincia:** | |  | | |

Los datos bancarios indicados anteriormente serán los utilizados para realizar los pagos de su nómina y, en general, con su retribución salarial. El IAC podrá realizarle además otros pagos relacionados con Comisiones de Servicio (viajes, dietas, …) o de índole similar. Si desea que estos otros pagos se realicen en otra cuenta de su titularidad, distinta de la ya indicada, indíquelo a continuación. De lo contrario, déjelo en blanco.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS BANCARIOS ESPECÍFICOS para Comisiones de Servicio, etc. (Base de Datos de Terceros)**  *(dejar en blanco si se desea que sea la misma cuenta que para el pago de nómina)* | | | | | | |
| **Código IBAN:** |  | **Nombre Entidad**: | | |  | |
| **Domicilio Entidad Bancaria** | | | | | | |
| **Calle / Plaza:** |  | **Nº:** |  | **Código Postal:** | |  |
| **Localidad:** |  | **Provincia:** | |  | | |

El que suscribe declara que los datos indicados en este formulario son verídicos, y se compromete a facilitar al Consorcio Instituto de Astrofísica de Canarias cualquier variación que se produzca sobre los datos suministrados.

En San Cristóbal de La Laguna, a de de 201

Firma: