



**FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE APOYO ADMINISTRATIVO**

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: _____

Cédula de Identidad _____ Tipo de Personal _____

Dirección de
Habitación:

Teléfono: _____

Dirección de una persona
relacionada (familiar,
vecino o amigo):

Teléfono: _____

Mérida _____ de _____ de _____

Original: Expediente
Copia: Jubilado o Pensionado

FIRMA DEL JUBILADO Y/O PENSIONADO
CÉDULA DE IDENTIDAD:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

Nota: Quien suscribe, declaro bajo fe de juramento que la información que en este acto hago constar fue suministrada en presencia del trabajador, y que la misma es fiel y fidedigna, por lo que reconozco la responsabilidad por los daños patrimoniales que ésta pueda ocasionar a la Institución por causa de datos falsos, errores u omisiones en su contenido. El trabajador deberá notificar el cambio de dirección de habitación y teléfono