



Entité d'application : C.H.U. de Bordeaux
Emetteur : Direction des Affaires Médicales

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

**Imprimé de changement d'adresse
Personnel médical**

Nom d'usage

Nom patronymique

Prénom

Code Agent

Grade Service ou Pôle

N° Sécurité sociale

(Ce N° doit obligatoirement être renseigné par vous-même pour nous permettre de faire la modification sur le site de la caisse de retraite)

ANCIENNE ADRESSE

N° et nom de la rue

Code postal Commune

NOUVELLE ADRESSE

N° et nom de la rue

Code postal Commune

Portable :	Domicile :
Adresse mail :	

(Les agents qui sont sur liste rouge et qui ne désirent pas mentionner ci-dessus leurs coordonnées téléphoniques doivent déposer ces renseignements sous enveloppe cachetée et dûment identifiée. Cette enveloppe sera ouverte uniquement en cas de déclenchement du plan blanc.)

A Le
Signature