



COMUNICACIÓN DE INICIO DE ACTIVIDAD SANITARIA ESPECIALIZADA (RD 557/2011)

Nombre _____ 1^{er} Apellido _____ 2^o Apellido _____
Nacionalidad _____ NIE _____ Pasaporte N° _____
Fecha de nacimiento⁽¹⁾ ____ / ____ / ____ Localidad _____ País _____
Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____ Estado civil⁽²⁾ S C V D Sp
Domicilio en España _____ N° _____ Piso _____
Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____
Teléfono _____ E-mail _____

COMUNICO ante las Autoridades españolas mi acceso a plazas de formación sanitaria especializada como Licenciado / Graduado en⁽³⁾ _____

y el inicio de la actividad laboral correspondiente, con fecha⁽¹⁾ ____ / ____ / ____ en la entidad cuyos datos se indican a continuación:

Nombre/Razón Social _____ NIF _____
Actividad _____
Domicilio C./Pl. _____ N° _____ Piso _____
Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____
Teléfono _____ E-mail _____

todo ello en cumplimiento de la obligación establecida en el art. 43 del RD 557/2011

En, a de de

FIRMA

RELLENAR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO NEGRO Y LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA. IMPRESO GRATUITO. PROHIBIDA SU VENTA
SE PRESENTARÁ ORIGINAL Y COPIA

(1) Rellenar utilizando 2 dígitos para el día, 2 para el mes y 4 para el año, en este orden (dd/mm/aaaa)

(2) Marque el cuadro que proceda. Soltero / Casado / Viudo / Divorciado / Separado

(3) Indique Medicina, Farmacia, Enfermería u otro título universitario habilitante

DIRIGIDA A : OFICINA DE EXTRANJERÍA

PROVINCIA