

CHANGEMENT D'ADRESSE PERSONNEL BIATSS

AFFECTATION :	
NOM :	PRÉNOM :
N° SÉCURITÉ SOCIALE :	
ANCIENNE ADRESSE :	NOUVELLE ADRESSE :
N° TÉLÉPHONE :	
DATE DE PRISE EN COMPTE DU CHANGEMENT :	

Signature de l'agent :

➔ A transmettre à la DP BIATSS