MKIX

015121

Nº Procedimiento

Código SIACI

**COMUNICACIÓN DE LAS MEDIDAS ALTERNATIVAS ADOPTADAS EN SUSTITUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE RESERVA DEL 2% DE LA PLANTILLA DE LA EMPRESA A FAVOR DE PERSONAS TRABAJADORAS CON DISCAPACIDAD**

(Artículo 12 de la Orden de la Consejería de Trabajo y Empleo de 16 de diciembre de 2008. DOCM de 23-12-2008)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA INTERESADA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona Física | | | NIF | | | | Pasaporte/NIE | | | | | | Número de documento: | | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona Jurídica | | | | | | | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | | CP |  | | | |  | | Población | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF | | | Pasaporte /NIE | | | | | | | | | | Número de documento: | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | 1º Apellido: | | |  | | | | | | | 2º Apellido: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | CP |  | | |  | Población | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | |  | Teléfono móvil: | | | |  | | | | |  | Correo electrónico: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el/la representante designado/a por la persona interesada.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA** |
| Notificación electrónica *(La persona solicitante está obligada a la comunicación por medios electrónicos. La notificación electrónica se realizará en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica)*. Compruebe que está usted registrado/a y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | La Viceconsejería de Empleo, Diálogo Social y Bienestar Laboral |
| **Finalidad** | Gestionar las declaraciones de excepcionalidad para el cumplimiento alternativo a la obligación legal de reserva de plantilla a favor de trabajadores/as con discapacidad en empresas de 50 o más empleados y comunicar las medidas adoptadas a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. |
| **Legitimación** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos  Real Decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. |
| **Destinatarios** | No existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: <https://rat.castillalamancha.es/info/0600> |

|  |
| --- |
| **Datos de la comunicación** |
| (Marque la opción que concurra en su caso, señale la medida adoptada y cumplimente el recuadro correspondiente)  Que en virtud de Resolución de la       de fecha       , dictada en el expediente Nº  Que a falta de resolución administrativa expresa de la       , una vez transcurridos dos meses desde la solicitud de excepcionalidad, presentada en fecha       .  Con fecha       ha procedido a la **aplicación de la/s siguiente/s medida/s alternativa/s** al cumplimiento de la cuota de reserva del 2% de la plantilla a favor de personas trabajadoras con discapacidad:  a) Contrato mercantil o civil con un Centro Especial de Empleo o trabajador/a autónomo/a con discapacidad para el suministro de materias primas, maquinaria o bienes de equipo.  b)Contrato mercantil o civil con un Centro Especial de Empleo o trabajador/a autónomo/a con discapacidad para la prestación de servicios accesorios a la actividad normal de la empresa.  c) Donación o acción de patrocinio de carácter monetario, a favor de una Fundación o Asociación de utilidad pública para desarrollar actividades de inserción laboral de personas con discapacidad.  d) Constitución de un Enclave Laboral. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acreditación del cumplimiento de las medidas alternativas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º.- Ha procedido a la ejecución de la medida o medidas alternativas, cuyos datos se indican a continuación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos de la contratación** (para las medidas de los apartados a y b) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro Especial de Empleo o trabajador autónomo con discapacidad contratante: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | |  | | | | | | | | | | | | | | | CIF/NIF: | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localidad: | |  | | | | | | | | | | Provincia: | | |  | | | | | | | C.P.: | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objeto del contrato: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Duración del contrato: | | | | | Fecha de inicio: | | |  | | | | | Fecha de finalización: | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuantía del contrato (€): | | | | | |  | | | | | Importe anual de la obligación de reserva (€): | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de trabajadores/as con discapacidad a los/las que equivale el contrato: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos de la donación o acción de patrocinio** (para la medida del apartado c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fundación/Asociación receptora: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | |  | | | | | | | | | | | | | | | CIF/NIF: | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localidad: |  | | | | | | | | | | | Provincia: | | |  | | | | | | | C.P.: | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuantía de la donación o patrocinio (€): | | | | | | |  | | | | | Importe anual de la obligación de reserva (€): | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de trabajadores/as con discapacidad ocupados/as en el enclave laboral: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos de la contratación del enclave laboral** (para la medida del apartado d) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro Especial de Empleo contratante: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | | | | | | | | | | C.I.F./N.I.F.: | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localidad: |  | | | | | | | | | | | Provincia: | | |  | | | | | | | | C.P.: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objeto del contrato: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Duración del contrato: | | | | | Fecha de inicio: | | | |  | | | | | Fecha de finalización: | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuantía del contrato (€): | | | | | |  | | | | Importe anual de la obligación de reserva (€): | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de trabajadores/as con discapacidad ocupados/as en el enclave laboral: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2º.- Son ciertos los datos consignados en la presente comunicación comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Documentación:**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos (liste los documentos electrónicos o en papel a aportar):  1º Escritura de poderes de la persona representante legal de la empresa  2º  3º | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

En       , a    de       de 20

|  |
| --- |
| VICECONSEJERÍA DE EMPLEO, DIALOGO SOCIAL Y SEGURIDAD Y SALUD LABORAL. - SERVICIO DE INTERMEDIACION  Código DIR3: A08044826 |