|  |
| --- |
| Nº Procedimiento |
| **016433** |
| Código SIACI |
| **KM4K** |

|  |
| --- |
| **COMUNICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA CUOTA DE RESERVA DEL 2% DE LA PLANTILLA PARA PERSONAS TRABAJADORAS DISCAPACITADAS (Art. 5 R.D. 1451/1983)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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: |  | | | | | | 1ºApellido: | | | |  | | | | | | 2ºApellido: |  | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Número de documento: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón Social: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad Económica: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | C.N.A.E.: |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | | C.P.: | |  | | Localidad: | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | | Teléfono móvil: | | | |  | | | | e-mail: | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | Número de documento: | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1ºApellido: | | | |  | | | | | | 2ºApellido: |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad en la que actúa (Administrador, Gerente, etc.): | | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | C.P.: | |  | | Localidad: | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | Teléfono móvil: | | | |  | | | | e-mail: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
| **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** | Viceconsejería de Empleo, Diálogo Social y Seguridad y Salud Laboral |
| **Finalidad** | Gestionar el Registro de las Declaraciones De Excepcionalidad, para el cumplimiento alternativo de la obligación legal de reserva de plantilla a favor de trabajadores con discapacidad, en empresas de 50 o más empleados. |
| **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**](https://rat.castillalamancha.es/info/0600) |

|  |
| --- |
| **Datos de la comunicación** |
| **Expone:** |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **1. RELACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO OCUPADOS POR PERSONAS TRABAJADORAS CON DISCAPACIDAD**  Cumplimiento de la cuota de reserva del 2% de la plantilla (Art. 42 RDL 1/2013, de 29 de noviembre, B.O.E. 3/12/2013) | | | | | | Nombre y Apellidos | D.N.I. | Grado de  discapacidad | TIPO DE CONTRATO Y FECHA | | | TIPO CONTRATO | FECHA INICIO CONTRATO | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **AÑO** | **Plantilla media de Trabajadores/as año:** | | | |   **2. DECLARACIÓN DE EXCEPCIONALIDAD. E**n caso de que los las personas trabajadoras discapacitadas de la empresa no alcancen el 2% de su plantilla, indicar si la empresa se halla exenta en virtud de declaración de excepcionalidad:      …………..  **3. APLICACIÓN DE MEDIDAS ALTERNATIVAS.** En el supuesto de tener declarada la excepcionalidad, indicar si se han autorizado medidas alternativas:      … |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| 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 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.  **Autorizaciones**  Con la presentación de esta comunicación, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier otra Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  **Me opongo** a la consulta de datos de identidad.  **Me opongo** a la consulta de datos acreditativos de domicilio de residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).  **Me opongo** a la consulta de datos sobre afiliación a la Seguridad Social.  Así mismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.   * ……………………. * …………………….. * ……………………..   *(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).*  **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 |

En      …………………, a   ..de      …..de 2.02 ….

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