Nº Procedimiento

015120

Código SIACI

SJ4D

**SOLICITUD DE DECLARACIÓN DE EXCEPCIONALIDAD Y ADOPCIÓN DE MEDIDAS ALTERNATIVAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA CUOTA DE RESERVA DE PLANTILLA A FAVOR DE LOS/AS TRABAJADORES/AS CON DISCAPACIDAD*.***

(Artículos 7.3 y 8.1 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 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 Bienestar 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 Solicitud** |
| Expone: |
| 1.- (Marque la opción que concurra en su caso) |
|  |
| 2.- Que la plantilla total de la empresa, conforme a las reglas contenidas en el artículo 1 de la Orden de la Consejería de Trabajo y Empleo de 16 de diciembre de 2008, es de        trabajadores/as, de los cuales       son personas con discapacidad. |
| Solicita:  1.- La Declaración de Excepcionalidad para el cumplimiento alternativo de la cuota de reserva de plantilla a favor de los/as trabajadores/as con discapacidad, por el siguiente motivo:  (En este supuesto deberá adjuntarse una descripción detallada de las causas que justifican la excepcionalidad). |
| 2.- Autorización para la adopción de la medida alternativa al cumplimiento de la obligación de reserva de empleo del 2 % de la plantilla de la empresa a favor de trabajadores/as con discapacidad, señalada a continuación:  (Marcar la medida o medidas que proceda y cumplimentar el recuadro correspondiente) |
| a) La celebración de un contrato mercantil o civil con un centro especial de empleo o con un trabajador autónomo con discapacidad para el suministro de materias primas, maquinaria o bienes de equipo. |
| b) La celebración de un contrato mercantil o civil con un centro especial de empleo o con un trabajador autónomo con discapacidad para la prestación de servicios ajenos y 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 los requisitos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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:  Los datos de la medida o medidas alternativas propuestas, son los que se indican a continuación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos de la contratación (medidas de los apartados a, b y d)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro Especial de Empleo o trabajador autónomo con discapacidad contratante: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | | | | | CIF/NIF: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objeto del contrato: | |  | | | | | | | | Duración del contrato: | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuantía del contrato (€): | | | |  | | | | Importe anual de la obligación de reserva (€): | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de trabajadores/as con discapacidad dejados de contratar a los que equivale el contrato: | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de trabajadores/as a ocupar en el enclave laboral (medida del apartado d): | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos de la donación o patrocinio (medida del apartado c)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fundación o Asociación destinataria: | | | | | |  | | | | | | CI.F.: | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Representante legal: | | |  | | | | | | | | | DNI: |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objeto de la donación o patrocinio: | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuantía de la donación o patrocinio (€): | | | | | | |  | | Importe anual de la obligación de reserva (€): | | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de trabajadores/as con discapacidad dejados de contratar a los que equivale la donación o patrocinio: | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud 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 solicitud, 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

|  |
| --- |
|  |

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