SJW0

015436

|  |
| --- |
| **COMUNICACIÓN DE DATOS DE LA TRANSFORMACIÓN** |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**Código SIACINº Procedimiento |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y apellidos** |
| 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: |       | C.P.: |       | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
| NIF [ ]  NIE [ ]  Número de documento | Nº de documento: |       | Cargo o representación que ostenta |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
|  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA** |
| [ ]  Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*[ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Viceconsejería de Empleo, Diálogo Social y Seguridad y Salud Laboral |
| **Finalidad** | Registro de las comunicaciones de la contratación laboral, prorrogas, transformaciones, llamamientos y horas complementarias, gestión estadística, cruces y análisis del comportamiento del mercado de trabajo. |
| **Legitimación** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo. |
| **Destinatario** | 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/0229>  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **COMUNICACIÓN DE LA TRANSFORMACIÓN DE CONTRATOS TEMPORALES EN INDEFINIDOS** |
|  |
| Número de Identificación del Contrato Inicial:  | E-  -    -      |  |
|  |  |  |
|

|  |
| --- |
| **Conversión de contrato temporal en contrato indefinido** |
| **Tiempo completo** | **Tiempo parcial** | **Fijo discontinuo** |
| [ ]  **109** | [ ]  Bonificado | **[ ]  209** | [ ]  Bonificado | **[ ]  309** | [ ]  Bonificado |
| [ ]  Con bonificación CEE | [ ]  Con bonificación CEE | [ ]  Con bonificación CEE |
| [ ]  **139** Personas con discapacidad | **[ ]  239** Personas con discapacidad | **[ ]  339** Personas con discapacidad |
| [ ]  **189** Sin bonificación | **[ ]  289** Sin bonificación | [ ]  **389** Sin Bonificación |

 |
| **DATOS DEL EMPLEADOR** |
| NIF/NIE de la Empresa: |       |  |
|  |
| CÓDIGO CUENTA DE COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: |      -    -       -    |  |
|  |
|

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA** |
|  |
| Nombre y Apellidos |       |  | N.I.F./N.I.E. |       |  |
|  |
| **DATOS DE LA TRANSFORMACIÓN** |
|  |
| Fecha Inicio |       | Ocupación del Puesto de Trabajo |       |  |
|  |
| País del Centro de Trabajo |       | Municipio Centro de Trabajo |       |  |
|  |

 |

|  |
| --- |
| **DATOS COMPLEMENTARIOS (**a cumplimentar según sea la modalidad de cada contrato) |
| Detalles Jornada (solo tiempo parcial): Jornada de trabajo de       horas al [ ]  día, [ ]  semana, [ ]  mes o [ ]  año Horas convenio:        |
| BONIFICACION CUOTAS SEGURIDAD SOCIAL: Colectivo:       |
| REDUCCION CUOTAS SEGURIDAD SOCIAL: Colectivo:       |
| [ ]  Discapacidad  | [ ]  Transformación de relevo |

|  |
| --- |
| **OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL CONTRATO:** |
|       |

|  |
| --- |
| **COMUNICA LA COPIA BÁSICA:** |
| [ ]  NO | [ ]  SÍ | [ ]  Firmada por los representantes legales |
| [ ]  No existe representación legal |
| [ ]  No se ha facilitado copia a los representantes sindicales |
| [ ]  Rehúsan firmar |
| Dirección del centro de trabajo:       |

En

Firma:

|  |
| --- |
| VICECONSEJERÍA DE EMPLEO, DIÁLOGO SOCIAL Y SEGURIDAD Y SALUD LABORALCódigo DIR3: A08044824 |