SJW0

015436

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMUNICACIÓN DE DATOS DE LA TRANSFORMACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**  Código SIACI  Nº 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 LABORAL  Código DIR3: A08044824 |