|  |
| --- |
|  **-ANEXO VIII-****COMUNICACIÓN DE SUSTITUCIÓN DE TRABAJADORES** **SUBVENCIONES PARA LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL MERCADO ORDINARIO DE TRABAJO.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE**  |
|  |
| Denominación/ Razón social: |       |  |
|  |
| Nombre:  |       | 1ºApellido: |       | 2º Apellido |       |  |
|  |
| NIF/ DNI/ Pasaporte/ NIE:  |       |  |
|  |
| Teléfono: |       | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
|  |
| NIF  |  [ ]  |  Pasaporte/NIE | [ ]  | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       |  1º Apellido: |       |  2º Apellido: |       |  |
|  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
|  |
| Domicilio: |       |  |
|  |
| Provincia: |       | C.P.: |       | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |
| Horario preferente para recibir llamada: |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| **MEDIO DE NOTIFICACIÓN** |
| El solicitante está obligado 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 y que sus datos son correctos.* |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Programas de Empleo |
| **Finalidad** | Gestión de Subvenciones para la contratación indefinida de personas con discapacidad. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos RD Legislativo 3/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Empleo. |
| **Destinatarios** | 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/detalle/0177> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA SUSTITUIDA** |
|  |
| 1. Sexo: | [ ]  | Hombre | [ ]  | Mujer |
|  |
| 2. D.N.I./N.I.E.: |       | Fecha de nacimiento: |       |  |
|  |
| 3. Nombre: |       | 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
| Fecha de baja en la seguridad social: |       |  |
|  |

Indicar por el beneficiario los datos correspondientes de la persona trabajadora sustituta (la línea de subvención debe de ser la misma que la del contrato del trabajador sustituido):

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SUSTITUTA** |
|  |
| 1. Sexo:
 | [ ]  Hombre | [ ]  Mujer |  |
|  |
| 1. D.N.I./N.I.E.:
 |       | Fecha de Nacimiento: |       |
|  |
| 1. Nombre:
 |       | 1º Apellido |       | 2º apellido |       |
|  |
| 1. Fecha de inscripción como demandante de empleo (en su caso):
 |       |  |
|  |
| 1. Fecha final del contrato temporal o formativo (en su caso):
 |       |  |
|  |
| 1. Fecha de inicio o de transformación del contrato subvencionado:
 |       |  |
|  |
| 1. Datos del centro de trabajo: Domicilio (calle y nº):
 |       |
|  |
| Localidad: |       | Código Postal: |       | Provincia: |       |
|  |
| 1. Tipo de jornada:
 | [ ]  T.C. | [ ]  T.P. | Indicar si es a Tiempo parcial el % : |       |  |
|  |
| 1. Discapacidad: Porcentaje % :
 |       |  |
|  |
| Tipo de discapacidad: | F [ ]  | P [ ]  | S [ ]  |  |
|  |
| 1. Número de oferta de empleo (en su caso):
 |       | Fecha de registro de la oferta de empleo (en su caso): |       |
|  |
| 1. [ ]  Es la primera relación indefinida realizada por la entidad beneficiaria.
 |
|  |
| 1. Que se realiza el contrato con una persona:
 |
|  |
| [ ]  | 1. Con parálisis cerebral, enfermedad mental o discapacidad intelectual en grado mayor o igual al 33%.
 |
| [ ]  | 1. Con discapacidad física o sensorial en grado mayor o igual al 65%.
 |
| [ ]  | 1. Con discapacidad con edad igual o mayor de 45 años.
 |
| **DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO** |
|  |
| 1. Denominación del puesto de trabajo:
 |       |  |
|  |
| 1. Tareas a realizar:
 |       |  |
|  |
| 1. Posición física del trabajador:
 |       |  |
|  |
| 1. Esfuerzo a realizar:
 | Intenso [ ]  | Moderado [ ]  | Suave [ ]  | Sedentario [ ]  |
|  |
|  | Es necesaria la deambulación prolongada: | SI [ ]  | NO [ ]  |
|  | Se realiza en zonas elevadas: | SI [ ]  | NO [ ]  |
|  | Es necesario el uso de elementos de seguridad: | SI [ ]  | NO [ ]  |
|  | En caso afirmativo, están instalados: | SI [ ]  | NO [ ]  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL PUESTO DE TRABAJO** |
|  |
| 1. Herramientas a utilizar:
 |       |  |
|  |
| 1. Máquinas a utilizar:
 |       |  |
|  |
|  | Llevan avisadores acústicos: | SI [ ]  | NO [ ]  |
|  | Llevan avisadores luminosos: | SI [ ]  | NO [ ]  |
|  |
| 1. Material fungible:
 |       |  |
|  |
| 1. Vehículos a utilizar:
 |       |  |
|  |
|  | Están adaptados: | SI [ ]  | NO [ ]  |
|  | Es necesario su adaptación: | SI [ ]  | NO [ ]  |
|  |
| 1. Capacidad del trabajador para ocupar el puesto ofertado:
 |
|  |       |  |
|  |
|  | Necesita adaptación del puesto: | SI [ ]  | NO [ ]  |
|  | En su caso, lo va a adaptar: | SI [ ]  | NO [ ]  |
|  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN** |
|  |
| **Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos digitalizados y presentados junto con la solicitud como archivos anexos a la misma.**  |
| [ ]  Autorización del trabajador sustituto a efectos de comprobación de sus datos laborales y de discapacidad (Anexo V). En el supuesto de que la persona con discapacidad se oponga expresamente a la consulta de estos datos por la Administración, deberá aportar la documentación pertinente.[ ]  Contratos de trabajo Indefinidos y/o de transformación en indefinidos, así como sus correspondientes comunicaciones al Servicio Público de Empleo Estatal.  |
| [ ]  Otros documentos (liste los documentos a aportar): |
| 1º       |
| 2º       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En |       | , a |    | de |       | de |      |  |

Fdo.:

Organismo destinatario: DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE EMPLEO DE LA CONSEJERÍA DE ECONOMÍA,

EMPRESAS Y EMPLEO DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA

DIR3: A08014035 SERVICIO DE INCENTIVOS AL EMPLEO.