|  |
| --- |
| **ANEXO II**  **DATOS DE LOS PUESTOS DE EMPLEO CON APOYO**  **Relación nominal de los trabajadores con discapacidad o con capacidad intelectual límite beneficiarios de las acciones de empleo con apoyo y de los preparadores laborales que prestan su apoyo** |
|  |

D./Dña. ………con NIF número ……………, en nombre y representación de la entidad promotora ………………………………………………CERTIFICA que en el centro de trabajo de la entidad empleadora ……………………………………………………………………sito en………………………………………………………… …los trabajadores con discapacidad o con capacidad intelectual límite que van a recibir/recibieron las acciones de empleo con apoyo por el/la preparador/a laboral que se detallan son los siguientes:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD** | | | | | | | | | | | | **DATOS DEL PREPARADOR LABORAL** | | |
| **Apellidos y Nombre** | **NIF** | **Rango de edad (1)** | **Sexo** | **Tipo de discapacidad (2)** | **Grado de discapacidad** | **Colectivo de apoyo art 4.1** | **Tipo de contrato (3)** | **Jornada (4)** | **Fechas de contrato** | | **Importe solicitado por trabajador** | **Apellidos y Nombre** | **NIF** | **Jornada (5)** |
| **inicio** | **final** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(1) Rango de edad 16 a < = 19; 20 a < = 24; 25 a < = 30;31 a < = 44 > = 45 años

(2) Tipo de discapacidad: (F) física, (P) psíquica, (S) sensorial

(3 Tipo de contrato: I (indefinido), T (temporal) Y FD (Fijo Discontinuo)

(4) Se reflejará el coeficiente de tiempo parcial de la jornada del trabajador en base 1000.

(5) Se indicará el porcentaje de jornada que dedicó/dedicará el preparador laboral con respecto a cada trabajador con discapacidad o con capacidad intelectual limite.

(igual o superior a 1/3, 1/5 ó 1/8, según corresponda)

|  |
| --- |
| Firma del/la Solicitante o Representante Legal  Fdo.: |