020168

Nº Procedimiento

Código SIACI

MKIJ

|  |
| --- |
| **COMUNICACIÓN DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL** |

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

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
|  |
| NIF | [ ]  | NIE | [ ]  | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
| Domicilio: |       |  |
|  |
| Provincia |       | C.P.: |       | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico. |       |  |
|  |
| Horario preferente para recibir llamada: |       |  |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Viceconsejería de Empleo y Relaciones Laborales de la Consejería de Economía, Empresas y Empleo |
| **Finalidad** | Registro de los demandantes de empleo, gestión de su colocación y mejora de su empleabilidad, identificación y comunicación con los demandantes del servicio vinculado al ejercicio de las competencias de este órgano. |
| **Legitimación** | Cumplimiento de una obligación legal (Real Decreto 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 otro derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| Asunto: Comunicación de desplazamiento temporal |
| Comunico: |
| Mi intención de realizar un desplazamiento temporal, entre las fechas      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:[ ] DENTRO DE TERRITORIO NACIONAL, por los siguientes motivos:[ ]  **Maternidad**, de un familiar hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad.[ ]  **Hospitalización por enfermedad o accidente**, de un familiar hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad.[ ]  **Defunción** de un familiar hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad.[ ]  **Cuidado de familiares a cargo,** hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad.[ ]  **Otros motivos (especificar):**     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  FUERA DE TERRITORIO NACIONAL (si el mismo supera los 90 días, implica, salvo para perceptores de la ayuda de acompañamiento del programa de activación para el empleo, el cambio de situación administrativa de la demanda a baja). |
| Solicito: |
| 1. **En caso de desplazamientos por tiempo inferior a 90 días, deseo mantener mi demanda:**

[ ]  **Suspendida con intermediación** (se le exime de su obligación de renovar su demanda, pero podrá ser candidato en ofertas de empleo, y ser convocado a cursos de formación y/o acciones de orientación laboral).[ ]  **Suspendida sin intermediación.**1. **Anoten en mi demanda los siguientes datos de contacto:**
* Dirección:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfono/s:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ◼ E-mail:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Declaración responsable:**La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:[ ]  SOY PERCEPTOR/A DE:[ ]  PRESTACIÓN CONTRIBUTIVA O SUBSIDIO POR DESEMPLEO[ ]  RENTA ACTIVA DE INSERCIÓN[ ]  PROGRAMA DE RECUALIFICACIÓN PROFESIONAL (PREPARA)[ ]  AYUDA DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PROGRAMA DE ACTIVACIÓN PARA EL EMPLEO[ ]  NO SOY PERCEPTOR/A DE NINGUNA DE DICHAS PRESTACIONES O AYUDAS.Asimismo, declaro que:* Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.
* Conozco que en el 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****Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.****[ ]  NO:** Los acreditativos de identidad |
| En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**Documentación** Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:En caso de comunicación por un representante del demandante:[ ]  Acreditación de los poderes de representación del representanteEn función del tipo de comunicación:1º En caso de Maternidad, de un familiar hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad:[ ]  Acreditación del grado de parentesco[ ]  Parte de baja, o parte de consulta u hospitalización expedido por facultativo de los Servicios Públicos Sanitarios2º En caso de Hospitalización por enfermedad o accidente, de un familiar hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad[ ]  Acreditación del grado de parentesco[ ]  Parte de baja, o parte de consulta u hospitalización expedido por facultativo de los Servicios Públicos Sanitarios, en el que conste la fecha de ingreso.3º En caso de Defunción, de un familiar hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad[ ]  Acreditación del grado de parentesco.[ ]  Certificado de defunción del fallecido.4 En caso de Cuidado de familiares a cargo, hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad[ ]  Acreditación del grado de parentesco[ ]  Informe médico expedido por el facultativo de los Servicios Públicos Sanitarios[ ]  Informe de Servicios Sociales de la zona acreditando que el solicitante es el encargado de llevar a cabo los cuidados del familiar. |

En      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a   \_\_de      \_\_\_\_\_\_ de 20

Firma del demandante

|  |
| --- |
| Ante la OFICINA EMPLEA DE:      Código DIR3: A08015121 A08015122A08015124 A08015123 A08015125 A08015134 A08015135 A08015136 A08015138 A08015140 A08015160 A08015162 A08015163 A08015153 A08015164 A08015166 A08015167 A08015168 A08015169 A08015170 A08015171 A08015172 A08015326 A08015329 A08015325 A08015331 A08015337 A08015360 A08015352 A08015350 A08015354 A08015356 A08015358 A08015375 A08015388 A08015377 A08015379 A08015389 A08015381 A08015392 A08015394 A08015373 A08015383 A08015386 |