016485

Código SIACI

KM60

**ERE POR FUERZA MAYOR**

 **MISMA.**

Nº Procedimiento

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA INTERESADA** |
| **SI ELIGE PERSONA FÍSICA SON OBLIGATORIOS LOS CAMPOS: TIPO DE DOCUMENTO, NOMBRE Y PRIMER APELLIDO** |
| PERSONA FÍSICA [ ]  NIF[ ]  | 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 (CIF): |       |  |
|  |
| RAZÓN SOCIAL: |       |  |
|  |
|  |
| DOMICILIO:  |       |  |
|  |
| PROVINCIA: |       |  | C.P.: |       |  | POBLACIÓN: |       |  |
|  |
| TELÉFONO: |       |  | TELÉFONO MÓVIL: |       |  | CORREO ELECTRÓNICO: |       |  |
|  |  |
| **EL CORREO ELECTRÓNICO DESIGNADO SERÁ EL MEDIO POR EL RECIBIRÁ EL AVISO DE NOTIFICACIÓN Y EN SU CASO, DE PAGO.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
| NI**F****[ ]**  NIE[ ]  NÚMERO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO: |       |  |
|  |
| NOMBRE: |       | 1º APELLIDO:  |       | 2º APELLIDO: |       |  |
| **HOMBRE** [ ]   **MUJER** [ ]  |
| DOMICILIO:  |       |  |
|  |
| PROVINCIA: |       |  | C.P.: |       |  | POBLACIÓN: |       |  |
|  |
| TELÉFONO: |       |  | TELÉFONO MÓVIL: |       |  | CORREO ELECTRÓNICO: |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| **MEDIO DE NOTIFICACIÓN** |
| LA PERSONA INTERESADA ESTÁ OBLIGADA A LA COMUNICACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS. LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA SE REALIZARÁ EN LA PLATAFORMA DE NOTIFICACIONES TELEMÁTICAS, [**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 Autónomos, Trabajo y Economía Social. |
| Finalidad | Gestión de expedientes de regulación de empleo tramitados por la Dirección General. |
| Legitimación | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos-Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. |
| 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/info/0738**](https://rat.castillalamancha.es/info/0738) |

|  |
| --- |
| **DATOS COMPLEMENTARIOS DE LA EMPRESA** |
| * NATURALEZA DE LA EMPRESA/ENTIDAD:

**[ ]** SECTOR PRIVADO **[ ]** SECTOR PÚBLICO:  NATURALEZA:       ÁMBITO TERRITORIAL DE LA ENTIDAD PÚBLICA:      * CÓDIGO DE CUENTA DE COTIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL:
* ACTIVIDAD ECONÓMICA CONCRETA:
* CNAE:
* EPÍFGRAFE IAE:
* ANTIGÜEDAD DE LA EMPRESA (EN AÑOS):
* PLANTILLA TOTAL ACTUAL:
* CENTROS DE TRABAJO:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NÚMERO DE ORDEN** | **DENOMINACIÓN CENTRO DE TRABAJO** | **Nº TOTAL DE TRABAJADORES/AS** | **DOMICILIO** | **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** |
|       |       |       |       |       |       |

* EL ERE AFECTA A TRABAJADORES/AS DE CENTROS DE TRABAJO EN MÁS DE UNA PROVINCIA DE CASTILLA-LA MANCHA: SI [ ]  ; NO [ ]
 |

|  |
| --- |
| **TRABAJADORES/AS AFECTADOS/AS** |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRE** | **DNI** | **SEXO** | **FECHA NACIMIENTO** | **GRUPO PROFESIONAL** |  **NÚMERO DE ORDEN CENTRO DE TRABAJO** |
|       |       |       |       |       |       |

Nº TOTAL:       (contador) Nº POR CENTRO DE TRABAJO: Nº DE ORDEN CENTRO:       Nº:       (contador)  |

|  |
| --- |
| **HECHO CAUSANTE** |
| HECHO CAUSANTE: **[ ]**  INCENDIO  **[ ]** INUNDACIÓN **[ ]**  MOVIMIENTO DE TIERRAS **[ ]** METEOROLOGÍA **[ ]** EXPLOSIÓN **[ ]** OTROSFECHA DEL HECHO CAUSANTE DE LA FUERZA MAYOR:       |

|  |
| --- |
| **COMPOSICIÓN DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LOS/AS TRABAJADORES/AS**  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO** | **NOMBRE** | **DNI** | **Nº DE ORDEN CENTRO DE TRABAJO** | **REPRESENTANTE DE LOS/AS TRABAJADORES/AS (SI/NO)** | **DOMICILIO** | **TELÉFONO** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
|       |       |       |       |       | **[ ]**  |       |       |       |

 |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **DECLARACIONES RESPONSABLES:**LA PERSONA ABAJO FIRMANTE, EN SU PROPIO NOMBRE O EN REPRESENTACIÓN DE PERSONA INTERESADA O ENTIDAD QUE SE INDICA, DECLARA QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERACES, DECLARANDO EXPRESAMENTE QUE [ ]  SON CIERTOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE COMUNICACIÓN, COMPROMETIÉNDOSE A PROBAR DOCUMENTALMENTE LOS MISMOS, CUANDO SE LE REQUIERA PARA ELLO.IGUALMENTE, LA PERSONA ABAJO FIRMANTE DECLARA CONOCER 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.**DOCUMENTOS:**ADEMÁS DE LA INFORMACIÓN ANTES DESCRITA, DECLARA APORTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN COPIAS PDF:[ ]  DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA REPRESENTACIÓN PARA PRESENTAR ESTA COMUNICACIÓN, EN SU CASO, POR CUALQUIERA DE LOS MEDIOS ESTABLECIDOS EN EL APARTADO 4 DEL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 39/2015, DE 1 DE OCTUBRE, DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.[ ]  COPIA DE LA COMUNICACIÓN A LOS/AS REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES/AS DE LA INTENCIÓN DE LA EMPRESA DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO DE EXTINCIÓN.[ ]  MEMORIA EXPLICATIVA DE LAS CAUSAS ALEGADAS QUE MOTIVAN LA EXTINCIÓN.[ ]  MEDIOS DE PRUEBA ACREDITATIVOS DE LA CAUSA DE LA FUERZA MAYOR.[ ]  NÚMERO Y CLASIFICACIÓN PROFESIONAL DE LOS/AS TRABAJADORES/AS AFECTADOS, DESGLOSADA, POR CENTRO DE TRABAJO Y, EN SU CASO, PROVINCIA Y COMUNIDAD AUTÓNOMA. |

Principio del formulario

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

En      a       de       de 20

ORGANISMO DESTINATARIO:

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, EMPRESAS Y EMPLEO.

DIRECCIÓN GENERAL DE AUTÓNOMOS, TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL

SERVICIO DE TRABAJO.

CÓDIGO DIR 3: A08027247

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, EMPRESA Y EMPLEO.

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE ECONOMÍA, EMPRESAS Y EMPLEO DE ALBACETE.

SERVICIO DE TRABAJO.

CÓDIGO DIR 3: A08027715

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, EMPRESA Y EMPLEO.

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE ECONOMÍA, EMPRESAS Y EMPLEO DE CIUDAD REAL.

SERVICIO DE TRABAJO.

CÓDIGO DIR 3: A08027733

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, EMPRESA Y EMPLEO.

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE ECONOMÍA, EMPRESAS Y EMPLEO DE CUENCA.

SERVICIO DE TRABAJO.

CÓDIGO DIR 3: A08027753

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, EMPRESA Y EMPLEO.

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE ECONOMÍA, EMPRESAS Y EMPLEO DE GUADALAJARA.

SERVICIO DE TRABAJO.

CÓDIGO DIR 3: A08027766

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, EMPRESA Y EMPLEO.

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE ECONOMÍA, EMPRESAS Y EMPLEO DE TOLEDO.

SERVICIO DE TRABAJO.

CÓDIGO DIR 3: A08027780