

COMUNICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA CUOTA DE RESERVA DEL 2% DE LA PLANTILLA PARA TRABAJADORES DISCAPACITADOS. Art. 42 del RDL 1/2013 de 29 de noviembre, B.O.E. 03/12/2013

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social:	CIF:	Nº Inscripción SS
Actividad	CNAE	
Domicilio social	Localidad	Código Postal:
Provincia:	Tfno:	Correo electrónico:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos	NIF
En calidad de:	

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Dirección:		Localidad:
C.P.	Teléfono:	Correo electrónico:

1. RELACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO EFECTIVAMENTE OCUPADOS POR TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

Cumplimiento de la cuota de reserva del 2% de la plantilla Deben incluirse los/as trabajadores/as con discapacidad puestos a disposición por empresas de trabajo temporal.

Denominación puesto	Nombre y apellidos del trabajador	NIF	Grado discapacidad	Tipo de contrato (1)	Periodo de contratación		Total días (2)
					Desde	Hasta	

(1) Indefinido; Temporal ; Puesta a disposición por ETT.

(2) Del 1 de enero al 31 de diciembre del año natural anterior, incluyendo descanso semanal, festivos y vacaciones. El cómputo se realiza de la misma forma si el contrato es a jornada completa o a jornada parcial.

NOTA: En caso de que existan más trabajadores/as relacionar en hoja anexa.

2. NUMERO DE TRABAJADORES EN PLANTILLA DURANTE EL AÑO 20__

	Cuantificados tal y como establece la ORDEN de 23 de octubre de 2008 por la que se adapta a la organización de la Comunidad Autónoma de Extremadura el procedimiento establecido en el Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, para el cumplimiento alternativo, con carácter excepcional, de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad.
--	--

Indicar si la empresa dispone de centros de trabajo en otras Comunidades Autónomas:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Indicar si la plantilla de la empresa en el/los centro/s de trabajo en la Comunidad Autónoma de Extremadura reúne al menos el 85% de los/as trabajadores/as:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

3. DECLARACIÓN DE EXCEPCIONALIDAD Y MEDIDAS ALTERNATIVAS

En caso de que los/as trabajadores/as con discapacidad de la empresa no alcancen el 2% de su plantilla, indicar si la empresa se halla exenta, total o parcialmente, en virtud de resolución de declaración de excepcionalidad:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA:
---	--	-------------------------------------

4. APLICACIÓN DE MEDIDAS ALTERNATIVAS

Si la empresa se halla exenta, total o parcialmente, en virtud de declaración de excepcionalidad, indicar el tipo de medidas alternativas adoptados:

Fecha de aplicación (1):

(1) Entrada en vigor de la aplicación de la/s medida/s alternativa/s: Día siguiente a la notificación de la resolución.

Tipo de medida alternativa aplicada (Orden de 23 de octubre de 2008)	Descripción de la medida alternativa (Contenido, Entidad/es e Importe Anual)
<input type="checkbox"/> Contrato de suministro	
<input type="checkbox"/> Contrato de prestación de servicios accesorios	
<input type="checkbox"/> Donación y acciones de patrocinio	
<input type="checkbox"/> Constitución de enclave laboral	

- NO AUTORIZO** al Servicio Extremeño Publico de Empleo la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad y aporito fotocopia del DNI/NIE
- NO AUTORIZO** al Servicio Extremeño Publico de Empleo a recabar de la Tesorería General de la Seguridad Social informe de vida laboral de la empresa y aporito la misma.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación y Empleo le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento, van a ser incorporados para su tratamiento, en un fichero automatizado. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento establecido, puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación respecto de los datos facilitados mediante escrito dirigido a la Secretaría General del SEXPE, C/ San Salvador, 9, 06800, Mérida.

Los abajo firmantes en nombre de la empresa se hace plenamente responsables de la veracidad de todos los datos consignados.

En....., a..... de de

POR LA EMPRESA,
Firma y sello de la empresa,

POR LA REPRESENTACION DE LOS TRABAJADORES
Firma y sello,

Fdo.

Fdo.....

DIRECTOR GERENTE EL SERVICIO EXTREMEÑO PUBLICO DE EMPLEO.