

CERTIFICACIÓN DO CADRO DE PERSOAL

TR341X PROGRAMA DE FORMACIÓN DUAL PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE INTELECTUAL NOS CENTROS ESPECIAIS DE EMPREGO

 Folla nº de
DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CENTRO DE TRABALLO

ENDEREZO	CONCELLO	PROVINCIA	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RELACIÓN DO CADRO DE PERSOAL DO CENTRO NA DATA DA SOLICITUDE

APELIDOS	NOME	PERSOAS TRABALLADORAS SEN DISCAPACIDADE ⁽¹⁾		PERSOAS TRABALLADORAS CON DISCAPACIDADE							
		SERVIZOS DE AXUSTE PERSOAL E SOCIAL	OUTROS	DISCAPACIDADE		DNI	SEXO	DATA DE NACEMENTO	TIPO DE CONTRATO ⁽³⁾	ALTA NA S.S	XORNADA % ⁽⁴⁾
				TIPO ⁽²⁾	GRAO						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

(1) Indíquese cun X o que proceda. No caso de "outros" non se cubrirá a columna de DNI

(2) Tipo de discapacidade: (I) intelectual, (EM) enfermidade mental (F) física, (S) sensorial (ER) enfermidades raras

(3) Tipo de contrato: I=indefinido; T=temporal

(4) Indíquese a porcentaxe de xornada

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de