



DECLARACIÓN ANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO OCUPADOS POR PERSONAL CON DISCAPACIDAD
(art. 5 R.D. 1451/1983, de 11 de mayo)¹

1.- Datos de la empresa.

Nombre o razón social:

Número de Identificación Fiscal:

Dirección:

Municipio:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Titularidad de la empresa: privada pública (en ese caso, indique su pertenencia)

Admón Central

Admón Autonómica

Admón Local

Actividad Económica:

2.- Datos sobre trabajadores/as discapacitados/as de la empresa²

Domicilio del Centro de Trabajo:

Municipio:

C.P.:

Teléfono:

¿Tiene obligación de presentar esta declaración?: SI NO

Nº de trabajadores totales del Centro de trabajo:

Nº de trabajadores discapacitados en el centro de trabajo:

Porcentaje de trabajadores totales/discapacitados: %³

En caso de no alcanzar el 2%, ¿está exenta la empresa de la obligación del art 38 de la L.13/1982⁴ SI NO

En caso afirmativo, acreditación documental de la exención total o parcial: SI NO

3.- Relación detallada del personal con discapacidad que trabaja en la empresa/centro de trabajo

Apellidos y Nombre:

N.I.F.

Centro de Trabajo:

% de discapacidad reconocida: %

Última fecha de alta: _____

Tipo de contrato: indefinido temporal a jornada completa a tiempo parcial

otra modalidad (especifíquese) _____

Apellidos y Nombre:

N.I.F.

Centro de Trabajo:

% de discapacidad reconocida: %

Última fecha de alta: _____

Tipo de contrato: indefinido temporal a jornada completa a tiempo parcial

otra modalidad (especifíquese) _____

Apellidos y Nombre:

N.I.F.

Centro de Trabajo:

% de discapacidad reconocida: %

Última fecha de alta: _____

Tipo de contrato: indefinido temporal a jornada completa a tiempo parcial

otra modalidad (especifíquese) _____



Apellidos y Nombre:		N.I.F.
Centro de Trabajo:	% de discapacidad reconocida: %	Última fecha de alta: _____
Tipo de contrato: <input type="radio"/> indefinido <input type="radio"/> temporal <input type="radio"/> a jornada completa <input type="radio"/> a tiempo parcial <input type="radio"/> otra modalidad (especifíquese) _____		

Apellidos y Nombre:		N.I.F.
Centro de Trabajo:	% de discapacidad reconocida: %	Última fecha de alta: _____
Tipo de contrato: <input type="radio"/> indefinido <input type="radio"/> temporal <input type="radio"/> a jornada completa <input type="radio"/> a tiempo parcial <input type="radio"/> otra modalidad (especifíquese) _____		

Apellidos y Nombre:		N.I.F.
Centro de Trabajo:	% de discapacidad reconocida: %	Última fecha de alta: _____
Tipo de contrato: <input type="radio"/> indefinido <input type="radio"/> temporal <input type="radio"/> a jornada completa <input type="radio"/> a tiempo parcial <input type="radio"/> otra modalidad (especifíquese) _____		

Apellidos y Nombre:		N.I.F.
Centro de Trabajo:	% de discapacidad reconocida: %	Última fecha de alta: _____
Tipo de contrato: <input type="radio"/> indefinido <input type="radio"/> temporal <input type="radio"/> a jornada completa <input type="radio"/> a tiempo parcial <input type="radio"/> otra modalidad (especifíquese) _____		

Apellidos y Nombre:		N.I.F.
Centro de Trabajo:	% de discapacidad reconocida: %	Última fecha de alta: _____
Tipo de contrato: <input type="radio"/> indefinido <input type="radio"/> temporal <input type="radio"/> a jornada completa <input type="radio"/> a tiempo parcial <input type="radio"/> otra modalidad (especifíquese) _____		

Apellidos y Nombre:		N.I.F.
Centro de Trabajo:	% de discapacidad reconocida: %	Última fecha de alta: _____
Tipo de contrato: <input type="radio"/> indefinido <input type="radio"/> temporal <input type="radio"/> a jornada completa <input type="radio"/> a tiempo parcial <input type="radio"/> otra modalidad (especifíquese) _____		

4.- Declaración, lugar, fecha y firma.

La persona abajo firmante, en su calidad de representante legal de la empresa,
DECLARA bajo su expresa responsabilidad, ser ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración.

En _____ a _____ de _____ de _____
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo: _____

Oficina de empleo del Servicio Andaluz de Empleo de _____ 5

- 1 De conformidad con lo establecido en el art. 5 del R.D. 1451/1983, de 11 de mayo. "Dentro del primer trimestre de cada año, con conocimiento de los representantes del personal, las Empresas que empleen un número de trabajadores fijos que exceda de 50 deberán enviar a la Oficina de Empleo del INEM de la provincia en que tengan su sede social, así como a las de las provincias donde tengan Centros de trabajo, relación detallada de los puestos de trabajo ocupados por trabajadores minusválidos y de aquellos que por sus características queden reservados a los mismos.

Nota: las referencias al INEM (actualmente, Servicio Público de Empleo Estatal), han de entenderse hechas al Servicio Andaluz de Empleo, por haber asumido las competencias en la materia

- 2 Para el cálculo del número de trabajadores, la Disposición Adicional Primera del R.D. 364/2005, de 8 de abril, establece que A los efectos del cómputo del dos por ciento de trabajadores con discapacidad en empresas de 50 o más trabajadores, se tendrán en cuenta las siguientes reglas:
 - a. El período de referencia para dicho cálculo serán los 12 meses inmediatamente anteriores, durante los cuales se obtendrá el promedio de trabajadores empleados, incluidos los contratados a tiempo parcial, en la totalidad de centros de trabajo de la empresa.
 - b. Los trabajadores vinculados por contratos de duración determinada superior a un año se computarán como trabajadores fijos de plantilla.
 - c. Los contratados por término de hasta un año se computarán según el número de días trabajados en el período de referencia. Cada 200 días trabajados o fracción se computarán como un trabajador más. Cuando el cociente que resulte de dividir por 200 el número de días trabajados en el citado período de referencia sea superior al número de trabajadores que se computan, se tendrá en cuenta, como máximo, el total de dichos trabajadores.

A los efectos del cómputo de los 200 días trabajados previsto en los párrafos anteriores, se contabilizarán tanto los días efectivamente trabajados como los de descanso semanal, los días festivos y las vacaciones anuales.. (Nota: a los efectos del cálculo correspondiente, se adjunta un Anexo I)

- 3 El porcentaje no debe ser inferior al 2%, conforme lo previsto en el art. 38 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos
- 4 El art. 38.2 de la Ley 13/1982 establece que De manera excepcional, las empresas públicas y privadas podrán quedar exentas de esta obligación, de forma parcial o total, bien a través de acuerdos recogidos en la negociación colectiva sectorial de ámbito estatal y, en su defecto, de ámbito inferior, a tenor de lo dispuesto en el artículo 83, números 2 y 3 del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, bien por opción voluntaria del empresario, debidamente comunicada a la autoridad laboral, y siempre que en ambos supuestos se apliquen las medidas alternativas que se determinen reglamentariamente.
- 5 Deberá presentarse tanto en cualquier oficina de empleo de la provincia donde la empresa tenga su sede social, como en cualquiera de las de las provincias donde tengan centros de trabajo.