|  |
| --- |
| **COMUNICACIÓN DE MEDIDAS ALTERNATIVAS APLICADAS EN SUSTITUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA CUOTA DE RESERVA DEL 2% DE LA PLANTILLA A FAVOR DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD. (RD 364/2005, DE 8 DE ABRIL, BOE 20 DE ABRIL).** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA** | | | |
| **Nombre o razón social** | | **N.IF.:** | |
| **Domicilio social:** | | **Localidad:** | **Código Postal:** |
| **Provincia:** | **Teléfono:** | **Correo Electrónico:** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA** | | |
| **Apellidos, Nombre:** | **N.I.F.:** | **En calidad de:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domicilio (a efectos de notificación):** | | **Localidad:** | | **Código Postal:** |
| **Provincia:** | **Teléfono:** | | **Correo Electrónico:** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PLANTILLA DURANTE EL (1er, 2º o 3er ) AÑO DE VIGENCIA DE LA DECLARACIÓN DE EXCEPCIONALIDAD** | | | |
| **Nº de trabajadores en plantilla:**  *(Según D.A. primera del R.D. 364/2005)* |  | **Nº de trabajadores en plantilla con**  **discapacidad igual o superior al 33%** |  |

**Dispone de Centros de trabajo en otras Comunidades Autónomas: SÍ NO**

**Porcentaje de trabajadores en centros de trabajo ubicados fuera de la Comunidad Foral de Navarra:**

**COMUNICA**

**Que en virtud de** (Señale con X el recuadro que corresponda):

Resolución aprobatoria de las medidas alternativas por parte de la Directora Gerente del Servicio Navarro de Empleo de fecha …. / …. / …….. .

Falta de Resolución administrativa expresa por parte del Servicio Navarro de Empleo, una vez transcurridos dos meses desde la solicitud de la excepcionalidad

**Durante el año (1er, 2º o 3er) año de vigencia de la declaración de excepcionalidad ha procedido a la aplicación de las siguientes medidas alternativas** al cumplimiento de la cuota de reserva del 2% a favor de trabajadores con discapacidad:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de medida alternativa** | **Centro Especial de empleo/ Trabajador autónomo/Entidad beneficiaria de donación** | **Descripción de la medida alternativa** | **Importe (€)** |
| **Contrato de suministro** |  |  |  |
| **Contrato de prestación de servicios accesorios** |  |  |  |
| **Donación o acción de patrocinio** |  |  |  |
| **Constitución de enclave laboral** |  |  |  |

El abajo firmante en nombre de la empresa se hace plenamente responsable de la veracidad de todos los datos consignados

En........................................................, a..........de.......................de 20.....

**Por la Empresa**,

**Fdo:**

**Documentación a aportar por la empresa junto con esta comunicación**

* En caso de contrato de suministro o prestación de servicios con un Centro Especial de Empleo:

1. Certificado de facturación (sin IVA) expedido por el Centro Especial de Empleo

* En caso de contrato de prestación de servicios accesorios por un trabajador autónomo con discapacidad:

1. Certificado de facturación (sin IVA) expedido por el trabajador autónomo
2. Copia del DNI
3. Certificado de discapacidad

* En caso de donaciones y/o acciones de patrocinio:

1. Certificado de la donación o acción de patrocinio expedido por la entidad beneficiaria
2. Justificante de abono bancario

* En caso de enclave laboral:

1. Certificado del Centro Especial de Empleo en el que se indique la vigencia del enclave laboral, la fecha en que fue constituido y el número de trabajadores con discapacidad a los que ocupa dicho enclave.
2. Certificado de facturación (sin IVA)

**SRA. DIRECTORA GERENTE DEL SERVICIO NAVARRO DE EMPLEO-NAFAR LANSARE**