

**COMUNICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA CUOTA DE RESERVA DEL 2% DE LA PLANTILLA PARA TRABAJADORES DISCAPACITADOS (Art. 3 R.D. 1451/1983) AÑO:**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA			
Nombre o razón social:	C.I.F.:	Nº de inscripción a la S.S.:	
Actividad:	C.N.A.E.:		
Domicilio de la actividad:	Localidad:	Código Postal:	
Provincia:	Teléfono	Fax:	Correo electrónico:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA			
Apellidos, Nombre:		N.I.F.:	
En calidad de <sup>(1)</sup> :	Domicilio (a efectos de notificación):		
Localidad:	C.P.	Provincia:	Tífono. de contacto:

(1) Empresario, Administrador, Gerente, etc.

**COMUNICA**

1. RELACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO OCUPADOS POR TRABAJADORES DISCAPACITADOS Cumplimiento de la cuota de reserva del 2% de la plantilla (Art. 38, Ley 13/1982, de 7 de abril. B.O.E. 30/04/1982)					
Denominación del puesto	Nombre del ocupante	D.N.I.	Grado de minusvalía	Período de contratación	
				Desde	Hasta

Número de trabajadores en plantilla durante el año 200..... cuantificados tal como establece la Disposición Adicional Primera del Real Decreto 27/2000, de 14 de enero (B.O.E. 26/1/2000):

Indicar si la empresa dispone de Centros de trabajo en otras Comunidades Autónomas: SÍ  NO

**2. DECLARACIÓN DE EXCEPCIONALIDAD.** En caso de que los trabajadores minusválidos de la empresa no alcancen el 2% de su plantilla, indicar si la empresa se halla exenta en virtud de **declaración de excepcionalidad**:  
SÍ  Fecha de resolución administrativa:   
NO

**3. APLICACIÓN DE MEDIDAS ALTERNATIVAS.** En el supuesto de tener declarada la excepcionalidad, indicar si se han autorizado **medias alternativas**:  
SÍ  NO   
En caso afirmativo indicar la **fecha de autorización**:.....

Tipo de medida alternativa (Real Decreto 27/2000, de 14 de enero) <i>(Marque con X en la columna izquierda)</i>	Descripción de la medida alternativa
<input type="checkbox"/> Contrato de suministro	
<input type="checkbox"/> Contrato de prestación de servicios accesorios	
<input type="checkbox"/> Donaciones y acciones de patrocinio	
<input type="checkbox"/> 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 200...

Por la empresa,

Por la representación de los trabajadores,

Fdo:

Fdo.:

SR. DIRECTOR PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE EMPLEO DE .....