



CONTRATO DE TRABAJO TEMPORAL DE FOMENTO DEL EMPLEO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

BONIFICADO CÓDIGO DE CONTRATO

TIEMPO COMPLETO

4	3	0
---	---	---

TIEMPO PARCIAL

5	3	0
---	---	---

NO BONIFICADO CÓDIGO DE CONTRATO

TIEMPO COMPLETO

4	3	0
---	---	---

TIEMPO PARCIAL

5	3	0
---	---	---

DATOS DE LA EMPRESA

CIF/NIF/NIE																
D./DÑA.	NIF./NIE	EN CONCEPTO (1)														
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		DOMICILIO SOCIAL														
PAIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				MUNICIPIO <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							C. POSTAL <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					

DATOS DE LA CUENTA DE COTIZACIÓN

RÉGIMEN <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					COD. PROV. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NÚMERO <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							DIG. CONTR. <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td></tr></table>		ACTIVIDAD ECONÓMICA <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

PAIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				MUNICIPIO <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

DATOS DEL TRABAJADOR

D./DÑA.	NIF./NIE	FECHA DE NACIMIENTO								
Nº AFILIACIÓN S.S.	NIVEL FORMATIVO	NACIONALIDAD <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
MUNICIPIO DEL DOMICILIO <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							PAIS DOMICILIO <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			

Con la asistencia legal, en su caso, de D./Dña.
con N.I.F./N.I.E., en calidad de (2)

DECLARAN

El trabajador:

Que es persona con discapacidad y tiene reconocida la condición de tal, como se acredita con la certificación expedida por (3)

La empresa:

Se acoge a los beneficios establecidos en la Ley 43/2006 de 29 de diciembre (BOE 30 de diciembre):

* No ha extinguido contratos indefinidos por despido reconocido o declarado improcedente o por despido colectivo en los doce meses anteriores a la contratación.

* Se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias y de la Seguridad Social.

Que reúne los requisitos exigidos para la celebración del presente contrato y, en consecuencia, acuerda formalizarlo con arreglo a las siguientes:

