



MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

ANEXO I : CERTIFICADO DE EXCEPCIONALIDAD

El Director de la Oficina de Empleo de _____

CERTIFICA

Que D/Dña _____

con NIF/CIF. _____, en representación legal de la empresa _____

con el núm. de inscripción en la Seguridad Social (Cuenta de cotización) _____

actividad económica de la empresa _____ con domicilio

social en _____ localidad _____

provincia _____, teléfono _____ presentó con fecha _____

la oferta de empleo con nº _____ en

- esta Oficina de Empleo
- la Agencia de Colocación _____ con domicilio social en _____

_____ localidad _____ provincia _____, que la

remitió con resultado negativo a esta Oficina con fecha _____, solicitando _____ trabajadores discapacitados en las ocupaciones siguientes:

Código ocupación

Denominación de la ocupación

Nº trabajadores

Table with 10 columns and 4 rows for occupational codes.

De los puestos solicitados han quedado sin cubrir (indicar causa, ocupación y número de trabajadores): _____

Fdo.: El Director de la Oficina de Empleo

Una vez comprobada la inexistencia total o parcial de trabajadores discapacitados en las ocupaciones solicitadas, concurre la causa de excepcionalidad, que justifica la opción de las medidas sustitutorias reguladas en el Real Decreto 27/2000, de 14 de enero (B.O.E. de 26 de enero).

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: El Director Provincial