



Cofinanciado por
la Unión Europea



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



Fondos Europeos

ANEXO I SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN “PLAN DE EMPLEO 2026”

PUESTO DE TRABAJO: PEÓN CON CARNET DE CONDUCIR Y FITOS ANITARIO		
APELLIDOS Y NOMBRE:		
DNI/NIE:	F.NACIMIENTO:	TELÉFONO:
DIRECCIÓN:		
LOCALIDAD:	C.POSTAL:	PROVINCIA:

Rellenar con los documentos aportados

DATOS		DOCUMENTACIÓN A APORTAR:
	DOC. OBLIGATORIO	DOCUMENTO NACIONAL IDENTIDAD
	DOC. OBLIGATORIO	TARJETA DE DEMANDANTE DE EMPLEO
	DOC. OBLIGATORIO	CARNET FITO SANITARIO
	DOC. OBLIGATORIO	INFORME DE PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN COMO DEMANDANTE DE EMPLEO
	DOC. OBLIGATORIO	CARNET DE CONDUCIR B1
DISCAPACIDAD (GRADO)	<input type="radio"/> IGUAL O SUPERIOR AL 33% <input type="radio"/> ENTRE EL 33% Y EL 66% <input type="radio"/> SUPERIOR AL 66%	RESOLUCIÓN DE DISCAPACIDAD
VIOLENCIA	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SENTENCIA CONDENATORIA, RESOLUCIÓN JUDICIAL, MEDIDAS CAUTELARES, ORDEN DE PROTECCIÓN O INFORME DEL MINISTERIO FISCAL.
CUIDADOR DE PERSONA DEPENDIENTE O CONVIVE CON PERSONA DEPENDIENTE	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	RESOLUCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y CERTIFICADO DE CONVIVENCIA, SI NO ES CUIDADOR
NUMERO DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR (CONYUGE E HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O PERSONAS DE DISCAPACITADAS QUE CONVIVAN Y CAREZCAN DE INGRESOS SUPERIORES AL 75 % DEL SMI.		LIBRO DE FAMILIA Y/U OTRA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL PARENTESCO Y LA DISCAPACIDAD.
INGRESOS DE LOS MIEMBROS ANTERIORES.	IMPORTE: _____	
PERCIBE ALGUN TIPO DE PRESTACION O SUBSIDIO DEL SERVICIO PUBLICO DE EMPLEO ESTADO ALGUN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	CERTIFICADO DEL SEPE O AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN PARA CONSULTAR LOS DATOS
ALGUN MIEMBRO EMPLEADO EN LA UNIDAD FAMILIAR O AUTONOMO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	3 ÚLTIMAS NÓMINAS/PENSIÓN O DECLARACIÓN DE LA RENTA SI ES AUTÓNOMO.
PERCIBE ALGÚN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR PENSIONES O AYUDAS U OTROS INGRESOS	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	3 ÚLTIMAS MENSUALIDADES DE LA AYUDA O INGRESO.
CARGAS FAMILIARES (CONYUGE E HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O DISCAPACITADOS, QUE CAREZCAN DE INGRESOS)	<input type="radio"/> SI (Nº PERSONAS, EXCLUIDO EL SOLICITANTE) <input type="radio"/> NO	LIBRO DE FAMILIA Y VIDA LABORAL TODOS LA MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR MAYORES DE 16 AÑOS.
EXPERIENCIA LABORAL Y FORMACIÓN RELACIONADA	<input type="radio"/> SI (Nº DE MESES) <input type="radio"/> NO	VIDA LABORAL CONTRATO DE TRABAJO /DECLARACIÓN JURADA

FECHA Y FIRMA

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE POZO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA)



Cofinanciado por
la Unión Europea



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



Fondos Europeos

DECLARACIÓN JURADA

DECLARO

PRIMERO. - No padecer enfermedad, ni estar afectado por limitación física o psíquica que sea incompatible con el desempeño de las correspondientes funciones.

SEGUNDO. - No haber sido separado del servicio de Administración Pública mediante expediente disciplinario ni hallarse inhabilitado para empleo público

TERCERO. - No hallarse incurso en causa de incompatibilidad conforme a lo establecido en la Ley 53/84 de 26 de diciembre de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas

CUARTO. - Que en el marco del Plan Extraordinario para el Empleo en Castilla-La Mancha declaro conocer las bases generales y específicas que le son de aplicación, reuniendo todos los requisitos exigidos, los cuales me comprometo a aportar y acreditar documentalmente conforme disponen las bases de la convocatoria.

QUINTO. - No percibir prestación de protección frente al desempleo.

SEXTA. - Compromiso de participación de forma activa en las acciones de motivación, orientación o formación que se le propongan durante el contrato temporal, por parte de la entidad beneficiaria o la oficina de empleo de referencia. De todas las acciones propuestas en el itinerario de inserción profesional que se diseñe para la persona contratada, ésta deberá asumir el compromiso de realizar al menos una de las siguientes, una vez finalizado el contrato o durante su ejecución, si fuera compatible:

- 1º. Participar activamente en la elaboración de su itinerario de inserción profesional.
- 2º. Realizar una acción de orientación concreta.
- 3º. Realizar una acción formativa (tales como formación profesional para el empleo, formación reglada y obtención de las competencias clave).
- 4º. Mejorar la cualificación a través de los procedimientos de acreditación de competencias.
- 5º. Realizar una acción para la obtención de un carnet profesional.
- 6º. Realizar una acción para la alfabetización informática.

Y AUTORIZO Al Ilmo. Ayuntamiento de Pozo de Guadalajara a obtener los datos relativos a lo declarado responsablemente

FECHA Y FIRMA

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE POZO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA)



ANEXO II

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y CONSULTAR DATOS NECESARIOS PARA LA BAREMACIÓN Y/O CONTRATACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE PARTICIPACIÓN EN EL PLAN EXTRAORDINARIO DE EMPLEO 2021

SOLICITANTE _____, con D.N.I. / N.I.E. Nº _____, con domicilio en la calle _____ nº _____ del municipio de _____, provincia de _____.

Autorizo, tanto a este Ayuntamiento como a la Oficina de Empleo de Castilla-La Mancha, a que obtengan los datos necesarios para poder baremar mi solicitud de participación en la convocatoria para la contratación de personas desempleadas amparo de lo establecido en Orden 64/2021, de 11 de mayo, de la Consejería de Economía, Empresas y Empleo, reguladora de las Bases para la concesión de subvenciones a entidades locales y entidades sin ánimo de lucro para la contratación de personas desempleados y en situación de exclusión social.

Esta autorización se extiende a la consulta y obtención en otros Organismos o Entidades Públicas o Privadas, de aquellos datos que se consideren necesarios para comprobar los extremos a tener en cuenta para la baremación de las solicitudes de participación en este Plan de Empleo, tales como Consejería de Bienestar Social de la JCCM, Instituto de la Mujer C-LM, Centros de la Mujer y Tesorería General de la Seguridad Social.

Los datos obtenidos estarán sujetos a la normativa contemplada en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

Fecha y firma

AUTORIZACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR, EN CASO DE QUE SEA NECESARIO CONSULTAR DATOS:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	FIRMA	AUTORIZACIÓN CONSULTA DATOS