



## CERTIFICAT DE PERSONES CONTRACTADES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL

D./Sra.<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ amb D.N.I. núm. \_\_\_\_\_  
en qualitat de<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ de l'empresa/entitat  
\_\_\_\_\_ amb domicili en<sup>3</sup>  
\_\_\_\_\_ y N.I.F. núm.<sup>4</sup> \_\_\_\_\_.

### CERTIFIQUE:

- Que l'empresa/entitat té contractats un nombre total de treballadors que ascendeix a:
- Que l'empresa/entitat té contractats un nombre de treballadors amb diversitat funcional que ascendeix a:
- Que el percentatge de treballadors contractats amb diversitat funcional que té en l'actualitat l'empresa/entitat és de:
- Que el percentatge exigít de treballadors contractats amb diversitat funcional per a aquesta entitat, d'acord amb l'article 42 del Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, pel qual s'aprova el Text Refós de la Llei General de drets de les persones amb discapacitat i de la seua inclusió social, és de:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Signat: \_\_\_\_\_  
Nom de la persona representant legal

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Nom de qui emet i signatura la sol·licitud

<sup>2</sup> Gerent, administrador/a, apoderat/da, alcalde/sa, secretari/secretaria, etc.

<sup>3</sup> Domicili

<sup>4</sup> NIF



## CERTIFICADO DE PERSONAS CONTRATADAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

D./Dña.<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I. nº \_\_\_\_\_  
en calidad de<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ de la empresa/entidad  
de \_\_\_\_\_ con domicilio en<sup>3</sup>  
\_\_\_\_\_ y N.I.F. nº<sup>4</sup> \_\_\_\_\_.

### CERTIFICO:

- Que la empresa/entidad tiene contratados un número total de trabajadores que asciende a:
- Que la empresa/entidad tiene contratados un número de trabajadores con diversidad funcional que asciende a:
- Que el porcentaje de trabajadores contratados con diversidad funcional que tiene en la actualidad la empresa/entidad es de:
- Que el porcentaje exigido de trabajadores contratados con diversidad funcional para esta entidad, de acuerdo al artículo 42 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, es de:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona representante legal

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Nombre de quien emite y firma la solicitud

<sup>2</sup> Gerente, administrador/a, apoderado/a, alcalde/sa, secretario/a, etc.

<sup>3</sup> Domicilio

<sup>4</sup> NIF