

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

- 3824** *Corrección de errores de la Resolución de 20 de marzo de 2014, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se modifican los modelos de impresos de personal laboral y los establecidos para comunicación de la resolución de reconocimiento o convalidación de trienios y las anotaciones sobre sanciones al Registro Central de Personal.*

Advertido error en la publicación del anexo de la Resolución de 20 de marzo de 2014, por la que se modifican los modelos de impresos de personal laboral y los establecidos para comunicación de la resolución de reconocimiento o convalidación de trienios y las anotaciones sobre sanciones al Registro Central de Personal, publicada en el «BOE» número 77, de fecha 29 de marzo de 2014, se procede a efectuar una nueva publicación del mencionado anexo.



Mº / Org:

MODELO 3c/R**CONTRATO E INSCRIPCIÓN DE
PERSONAL LABORAL**

DE UNA PARTE

FIGURAN POSTERIORMENTE, AMBOS CON PLENA CAPACIDAD PARA CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO, ACUERDAN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ESTE ÚLTIMO EN LA FUNCIÓN QUE SE INDICA, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVA VIGENTE, Y LAS CLÁUSULAS GENERALES Y PARTICULARES QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CONTRATO.

Y DE OTRA EL INTERESADO, CUYOS DATOS

FIGURAN POSTERIORMENTE, AMBOS CON PLENA CAPACIDAD PARA CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO, ACUERDAN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ESTE ÚLTIMO EN LA FUNCIÓN QUE SE INDICA, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVA VIGENTE, Y LAS CLÁUSULAS GENERALES Y PARTICULARES QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CONTRATO.

Lugar y Fecha:

EL / LA CONTRATADO/A,

Fdo.:

Fdo.:

DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|---|
| N.I.P. <input type="text"/> | D.N.I. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> N.I.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> | |
| PRIMER APELLIDO <input type="text"/> | SEGUNDO APELLIDO <input type="text"/> | NOMBRE <input type="text"/> |
| SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> | PAÍS NACIONALIDAD <input type="text"/> | FECHA DE NACIMIENTO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| Lugar de nacimiento PROVINCIA O EXTRANJERO <input type="text"/> | PAÍS <input type="text"/> | Localidad PAÍS O LOCALIDAD <input type="text"/> |

DATOS DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS

| | | |
|---|---|---|
| FECHA DE INICIO/EFFECTOS DEL CONTRATO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE FIN DE CONTRATO (en su caso) DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS <input type="text"/> |
| JORNADA <input type="text"/> | CONVENIO <input type="text"/> | |
| GRUPO PROFESIONAL <input type="text"/> | ÁREA FUNCIONAL <input type="text"/> | ESPECIALIDAD <input type="text"/> |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD <input type="text"/> | FORMA DE ACCESO <input type="text"/> | |
| TÍTULO ACADÉMICO APORTADO <input type="text"/> | | |
| LEGISLACIÓN APLICADA <input type="text"/> | | |

DATOS DEL PUESTO / DESTINO

| | | |
|---|---|--|
| NÚM. DEL PUESTO DE TRABAJO <input type="text"/> | DENOMINACIÓN <input type="text"/> | FECHA DE INCORPORACIÓN DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| FORMA DE OCUPACIÓN <input type="text"/> | MODALIDAD <input type="text"/> | |
| MINISTERIO / ENTE / ÓRGANO <input type="text"/> | CENTRO DIRECTIVO / ORGANISMO AUTÓNOMO <input type="text"/> | |
| UNIDAD ORGÁNICA <input type="text"/> | | |
| PROVINCIA <input type="text"/> | LOCALIDAD <input type="text"/> | |
| PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL PUESTO DE TRABAJO <input type="text"/> | LOCALIDAD DE RESIDENCIA DEL PUESTO DE TRABAJO <input type="text"/> | |

DATOS ECONÓMICOS

| | |
|---------------------|----------------------------|
| RETRIBUCIÓN MENSUAL | PAGAS EXTRAORDINARIAS |
| SUELDO BASE: | NÚMERO: |
| COMPLEMENTOS: | IMPORTE: |
| TOTAL: | APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: |

ACTIVIDADES RETRIBUIDAS EN OTROS ENTES PÚBLICOS O PRIVADOS

Ejerce otras actividades en este u otro Ente Público o privado:

SI NO

EL INTERVENTOR DELEGADO,

MODELO 3c/r – SEGUNDA HOJA

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---|-----|-----|-----|----------------------|----------------------|----------------------|
| D.N.I. <input type="checkbox"/> | PASAPORTE <input type="checkbox"/> | N.I.E. <input type="checkbox"/> | OTRO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | FECHA DE INICIO CONTRATO | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | <table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANO</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> | DIA | MES | ANO | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DIA | MES | ANO | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | |

CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO

CLÁUSULAS PARTICULARES Y OBSERVACIONES

Fecha:

EL / LA CONTRATADO/A

Fdo:

Fdo:



Mº / Org:

L.2.R**INCORPORACIÓN A PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la incorporación al puesto de trabajo o plaza cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA EN QUE CAUSA ALTA

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| DENOMINACIÓN: | <input type="checkbox"/> | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | <input type="checkbox"/> | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| CONVENIO: | | | <input type="checkbox"/> |
| GRUPO PROFESIONAL: | <input type="checkbox"/> | ÁREA FUNCIONAL: | <input type="checkbox"/> |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: |

3. DATOS DE LA INCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| FECHA DE LA INCORPORACIÓN | <input type="checkbox"/> |
| FORMA DE OCUPACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | <input type="checkbox"/> |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

L.5.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN DE TRIENIO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento o convalidación del trienio cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | |
|------------------------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| DENOMINACIÓN: | <input type="text"/> | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | <input type="text"/> | | |
| PROVINCIA: | <input type="text"/> | LOCALIDAD: | <input type="text"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="text"/> | LOC. RESIDENCIA: | <input type="text"/> |
| CONVENIO: | | | <input type="text"/> |
| GRUPO PROFESIONAL: | <input type="text"/> | ÁREA FUNCIONAL: | <input type="text"/> |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | <input type="text"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="text"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: |

3. DATOS DEL TRIENIO

| | |
|--|----------------------|
| FECHA DE VENCIMIENTO | <input type="text"/> |
| NÚMERO DE TRIENIOS | <input type="text"/> |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS: | CUANTÍA ANUAL: |
| COMPLEMENTO PERSONAL DE ANTIGÜEDAD: | |
| CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE TRIENIO CONVALIDADO | |
| AUTORIDAD QUE RECONOCIÓ EL TRIENIO: | |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA / AYUNTAMIENTO / OTRA: | |
| FECHA DE LA RESOLUCIÓN: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|----------|
| |
|----------|

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| |
|----------|
| |
|----------|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo



Mº / Org:

L.6.R

**RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE TIEMPO DE SERVICIOS
A EFECTOS DE TRIENIOS**

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento del tiempo de servicios a efectos de trienios cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | |
|------------------------------------|----------------------|------------------|-------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | <input type="text"/> | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | <input type="text"/> | | |
| PROVINCIA: | <input type="text"/> | LOCALIDAD: | <input type="text"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="text"/> | LOC. RESIDENCIA: | <input type="text"/> |
| CONVENIO: | | | <input type="text"/> |
| GRUPO PROFESIONAL: | <input type="text"/> | ÁREA FUNCIONAL: | <input type="text"/> |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | <input type="text"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="text"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | <input type="text"/> |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: <input type="text"/> |

3. DATOS DEL RECONOCIMIENTO

| | | | |
|---|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| SERVICIOS REFERIDOS A LA FECHA: | | | |
| TIEMPO DE SERVICIOS QUE SE RECONOCE: | AÑOS <input type="text"/> | MESES <input type="text"/> | DÍAS <input type="text"/> |
| NUEVO NÚMERO DE TRIENIOS (en su caso) | | | <input type="text"/> |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS: | | | |
| FECHA PREVISTA DE VENCIMIENTO DEL PRÓXIMO TRIENIO | <input type="text"/> | | |
| COMPLEMENTO PERSONAL DE ANTIGÜEDAD: | | | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--------------|
| |
|--------------|

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| |
|--------------|
| |
|--------------|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

L.7.R

ANOTACIÓN DE TITULACIÓN O CURSO DE FORMACIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | |
|------------------------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| DENOMINACIÓN: | <input type="text"/> | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | <input type="text"/> | | |
| PROVINCIA: | <input type="text"/> | LOCALIDAD: | <input type="text"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="text"/> | LOC. RESIDENCIA: | <input type="text"/> |
| CONVENIO: | | | <input type="text"/> |
| GRUPO PROFESIONAL: | <input type="text"/> | ÁREA FUNCIONAL: | <input type="text"/> |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | <input type="text"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="text"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: |

3. DATOS DE LA TITULACIÓN

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| DENOMINACIÓN: | <input type="text"/> |
| CENTRO QUE LA EXPIDIÓ: | <input type="text"/> |
| FECHA DE SOLICITUD / EXPEDICIÓN: | <input type="text"/> |

4. DATOS DEL CURSO DE FORMACIÓN

| | |
|---|------------------------------------|
| RECIBIDO <input type="checkbox"/> | IMPARTIDO <input type="checkbox"/> |
| DENOMINACIÓN: | |
| ORGANISMO CONVOCANTE: | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA O CERTIFICACIÓN | <input type="text"/> |
| CENTRO QUE LO EXPIDIÓ: | |
| NÚMERO DE HORAS <input type="text"/> | FECHA INICIO <input type="text"/> |
| | FECHA FIN <input type="text"/> |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

L.8.R

ANOTACIÓN DE PREMIO, CONDECORACIÓN O MENCIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| DENOMINACIÓN: | <input type="checkbox"/> | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | <input type="checkbox"/> | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| CONVENIO: | | | <input type="checkbox"/> |
| GRUPO PROFESIONAL: | <input type="checkbox"/> | ÁREA FUNCIONAL: | <input type="checkbox"/> |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: |

3. DATOS DEL PREMIO, CONDECORACIÓN O MENCIÓN

| | |
|--|--------------------------|
| FECHA EN QUE SE OTORGA | <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS (en su caso) | <input type="checkbox"/> |
| PREMIO, CONDECORACIÓN O MENCIÓN: | |
| AUTORIDAD QUE LO OTORGÓ | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

Fdo.:

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |



Mº / Org:

L.9.R

ANOTACIÓN DE SANCIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente de/de la interesado/a, procede la anotación de la sanción (excepto suspensión de empleo) cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | |
|------------------------------------|------------------|----------|
| DENOMINACIÓN: | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: | |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: | |
| CONVENIO: | | |
| GRUPO PROFESIONAL: | ÁREA FUNCIONAL: | |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | |
| ESPECIALIDAD: | | |
| COMPLEMENTOS: | IMPORTE TOTAL: | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | OTROS C.: | JORNADA: |

3. DATOS DE LA SANCIÓN

| | | |
|-----------------------------------|-------|-------|
| TIPO DE FALTA: | | |
| FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SANCIÓN | | |
| SANCIÓN IMPUESTA: | | |
| DURACIÓN (en su caso) | AÑOS | MESES |
| | | DÍAS |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE | HASTA |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN

| | |
|--|--|
| DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y EFECTOS: | |
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA/EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN DE RECURSO | |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

L.10.R

**ANOTACIÓN DE ANULACIÓN DE SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE EMPLEO
O ANOTACIÓN DE CANCELACIÓN DE SANCIÓN**

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| DENOMINACIÓN: | <input type="checkbox"/> | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | <input type="checkbox"/> | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| CONVENIO: | | | <input type="checkbox"/> |
| GRUPO PROFESIONAL: | <input type="checkbox"/> | ÁREA FUNCIONAL: | <input type="checkbox"/> |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: |

3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE EMPLEO

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| FECHA DE IMPOSICIÓN | <input type="checkbox"/> | | |
| SANCIÓN IMPUESTA / SUSPENSIÓN DE EMPLEO | <input type="checkbox"/> | | |
| DURACIÓN (en su caso) | AÑOS <input type="checkbox"/> | MESES <input type="checkbox"/> | DÍAS <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE <input type="checkbox"/> | HASTA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. DATOS DE LA ANULACIÓN

| | |
|---|--------------------------|
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA | <input type="checkbox"/> |
| CAUSA DE LA ANULACIÓN: | |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

5. DATOS DE LA CANCELACIÓN

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| FECHA DE RESOLUCIÓN/EFECTOS | <input type="checkbox"/> |
| CAUSA DE LA CANCELACIÓN: | |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

L.11.R

ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE EMPLEO

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | <input type="checkbox"/> |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: |
| CONVENIO: | | <input type="checkbox"/> |
| GRUPO PROFESIONAL: | <input type="checkbox"/> | ÁREA FUNCIONAL: |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: JORNADA: |

3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO

| | |
|--|--|
| TIPO DE FALTA: | <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO | <input type="checkbox"/> |
| TIPO DE SUSPENSIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN | AÑOS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE <input type="checkbox"/> HASTA <input type="checkbox"/> |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO

| | |
|---|--------------------------|
| DESCRIPCIÓN Y EFECTOS: | |
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA/ EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN DE RECURSO | <input type="checkbox"/> |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

L.13.R

RESOLUCIÓN DE CONCESIÓN DE PRÓRROGA DE CONTRATO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la concesión de prórroga cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA OCUPADO

| | | |
|------------------------------------|------------------|----------|
| DENOMINACIÓN: | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: | |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: | |
| CONVENIO: | | |
| GRUPO PROFESIONAL: | ÁREA FUNCIONAL: | |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | |
| ESPECIALIDAD: | | |
| COMPLEMENTOS: | IMPORTE TOTAL: | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | OTROS C.: | JORNADA: |

3. DATOS DE LA PRÓRROGA

| | |
|---------------------------------|--|
| FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: | |
| FECHA DE INICIO DE LA PRÓRROGA: | |
| FECHA DE FIN DE LA PRÓRROGA: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

L.14

RESOLUCIÓN DE LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la de la licencia / permiso / incapacidad temporal cuyo detalle sigue:

CONCESIÓN / INICIO
FINALIZACIÓN
ANULACIÓN

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DESERVICIOS: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|------------------|----------------|------|----------|
| DENOMINACIÓN: | | | _____ | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | | | | |
| PROVINCIA: | ____ | LOCALIDAD: | ____ | ____ | ____ |
| PROV. RESIDENCIA: | ____ | LOC. RESIDENCIA: | ____ | ____ | ____ |
| CONVENIO: | | | _____ | | |
| GRUPO PROFESIONAL: | ÁREA FUNCIONAL: | | _____ | | |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | _____ | | |
| ESPECIALIDAD: | | | _____ | | |
| COMPLEMENTOS: | | | IMPORTE TOTAL: | | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | | OTROS C.: | | JORNADA: |

3. DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------|----------|-------|-------|--|
| TIPO DE LICENCIA / PERMISO / IT: | | | _____ | | |
| PERIODO | DE _____ | | A | _____ | |
| PRÓRROGA LICENCIA E. | NÚMERO _____ | DE _____ | A | _____ | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | | | | | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

| | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| DESCRIPCIÓN Y EFECTOS: | | | | | |
| FECHA _____ | | | | | |

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| FECHA DE FINALIZACIÓN / ANULACIÓN _____ | | | | | |
| MOTIVO: | | | | | |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Lugar y fecha:
El / La

Fdo.:



Mº / Org:

L.14.R

RESOLUCIÓN DE LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la de la licencia / permiso / incapacidad temporal cuyo detalle sigue:

CONCESIÓN / INICIO
FINALIZACIÓN
ANULACIÓN

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | |
|------------------------------------|------------------|----------|
| DENOMINACIÓN: | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: | |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: | |
| CONVENIO: | | |
| GRUPO PROFESIONAL: | ÁREA FUNCIONAL: | |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | |
| ESPECIALIDAD: | | |
| COMPLEMENTOS: | IMPORTE TOTAL: | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | OTROS C.: | JORNADA: |

3. DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

| | |
|----------------------------------|------------------|
| TIPO DE LICENCIA / PERMISO / IT: | |
| PERIODO | DE _____ A _____ |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

| | |
|------------------------|-------|
| DESCRIPCIÓN Y EFECTOS: | |
| FECHA | _____ |

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

| | |
|-----------------------------------|-------|
| FECHA DE FINALIZACIÓN / ANULACIÓN | _____ |
| MOTIVO: | |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

Fdo.:

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |



Mº / Org:

L.16.R

MODIFICACIÓN POR APLICACIÓN DE NUEVO CONVENIO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el alta y baja por aplicación de nuevo Convenio cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL ANTERIOR CONVENIO

| | |
|------------------------|-----------------|
| CONVENIO: | ÁREA FUNCIONAL: |
| GRUPO PROFESIONAL: | ÁREA FUNCIONAL: |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | ESPECIALIDAD: |

3. DATOS DEL NUEVO CONVENIO

| | |
|------------------------|-----------------|
| CONVENIO: | ÁREA FUNCIONAL: |
| GRUPO PROFESIONAL: | ÁREA FUNCIONAL: |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | ESPECIALIDAD: |
| NRP: | |

4. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| DENOMINACIÓN: | MINISTERIO / ORG. / ENTE: |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| CONVENIO: | ÁREA FUNCIONAL: |
| GRUPO PROFESIONAL: | ÁREA FUNCIONAL: |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | ESPECIALIDAD: |
| COMPLEMENTOS: | IMPORTE TOTAL: |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | OTROS C.: JORNADA: |

5. DATOS DE LA MODIFICACIÓN

| |
|-----------------------|
| FECHA DE EFECTOS: |
| DISPOSICIÓN APLICADA: |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

L.21.R**MODIFICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

Como consecuencia del acto que se indica en el apartado 4 del presente documento, se ha producido la siguiente modificación en su puesto de trabajo o plaza, con efectos de la fecha que asimismo se indica.

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS ANTERIORES DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | |
|------------------------------------|------|------------------|----------------|
| DENOMINACIÓN: | | | _____ |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | | _____ |
| PROVINCIA: | ____ | LOCALIDAD: | _____ |
| PROV. RESIDENCIA: | ____ | LOC. RESIDENCIA: | _____ |
| CONVENIO: | | | _____ |
| GRUPO PROFESIONAL: | ____ | ÁREA FUNCIONAL: | _____ |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | _____ |
| ESPECIALIDAD: | | | _____ |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | _____ |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: _____ |

3. DATOS ACTUALES DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | |
|------------------------------------|------|------------------|----------------|
| DENOMINACIÓN: | | | _____ |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | | _____ |
| PROVINCIA: | ____ | LOCALIDAD: | _____ |
| PROV. RESIDENCIA: | ____ | LOC. RESIDENCIA: | _____ |
| CONVENIO: | | | _____ |
| GRUPO PROFESIONAL: | ____ | ÁREA FUNCIONAL: | _____ |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | _____ |
| ESPECIALIDAD: | | | _____ |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | _____ |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: _____ |

4. DATOS DE LA MODIFICACIÓN DEL PUESTO O PLAZA

| | | |
|------------------------------|----------|-------|
| CAUSA.- ACUERDO CECIR | DE FECHA | _____ |
| OTRAS | DE FECHA | _____ |
| FECHA DE EFECTOS | | _____ |
| OBSERVACIONES / OTROS DATOS: | | |

5. DATOS DEL VÍNCULO DEL TRABAJADOR CON EL PUESTO O PLAZA Y FORMA DE OCUPACIÓN

| | | |
|------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| FORMA DE OCUPACIÓN: | | _____ |
| MODALIDAD: | | _____ |
| VÍNCULO CON EL PUESTO: | OCUPADO <input type="checkbox"/> | RESERVADO <input type="checkbox"/> |

6. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO

| |
|--|
| |
|--|

Lo que se traslada para su conocimiento y efectos

Lugar y fecha:
El / La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



Mº / Org:

L.23.R

CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAL O FIN DE RELACIÓN DE SERVICIOS

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el

CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAL FIN DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS (EXCEPTO JUBILACIÓN)

Desde la situación distinta de servicio activo y cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAL

| | |
|--------------------------|-------|
| FECHA DE EFECTOS | _____ |
| NUEVA SITUACIÓN LABORAL: | _____ |
| MODALIDAD: | _____ |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

3. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|-----------------------|-------|
| FECHA DE EFECTOS | _____ |
| CAUSA: | _____ |
| MODALIDAD: | _____ |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

L.24.R

COMUNICACIÓN RELATIVA A LA RESERVA DE PUESTO DE TRABAJO O DESTINO

Según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la comunicación al Registro Central de Personal de la información relativa a la reserva del puesto de trabajo o destino, cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL ANTERIOR PUESTO DE TRABAJO O DESTINO RESERVADO

| | | | |
|------------------------------------|------|------------------|----------|
| DENOMINACIÓN: | | | _____ |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | | |
| PROVINCIA: | ____ | LOCALIDAD: | _____ |
| PROV. RESIDENCIA: | ____ | LOC. RESIDENCIA: | _____ |
| CONVENIO: | | | _____ |
| GRUPO PROFESIONAL: | ____ | ÁREA FUNCIONAL: | _____ |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | _____ |
| ESPECIALIDAD: | | | _____ |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | _____ |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: |

3. DATOS DEL NUEVO PUESTO DE TRABAJO O DESTINO RESERVADO

| | | | |
|------------------------------------|------|------------------|----------|
| DENOMINACIÓN: | | | _____ |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | | |
| PROVINCIA: | ____ | LOCALIDAD: | _____ |
| PROV. RESIDENCIA: | ____ | LOC. RESIDENCIA: | _____ |
| CONVENIO: | | | _____ |
| GRUPO PROFESIONAL: | ____ | ÁREA FUNCIONAL: | _____ |
| CATEGORÍA / ACTIVIDAD: | | | _____ |
| ESPECIALIDAD: | | | _____ |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | _____ |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | OTROS C.: | JORNADA: |

4. DATOS DE LA RESERVA DE PUESTO DE TRABAJO O DESTINO

| | |
|--------------------------------------|---|
| FECHA DE EFECTOS | _____ |
| ADQUISICIÓN <input type="checkbox"/> | CIERRE <input type="checkbox"/> |
| | CAMBIO <input type="checkbox"/> |
| TIPO DE CAMBIO: | DE PUESTO A PUESTO <input type="checkbox"/> |
| | DE PUESTO A DESTINO <input type="checkbox"/> |
| | DE DESTINO A PUESTO <input type="checkbox"/> |
| | DE DESTINO A DESTINO <input type="checkbox"/> |
| CAUSA: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

F.8.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN DE TRIENIO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento o convalidación del trienio cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|---|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | |
| GRUPO/SUBGRUPO: | ESPECIALIDAD: | |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | |
| MODALIDAD: | | |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL |

3. DATOS DEL TRIENIO

| | |
|---|-----------------|
| FECHA DE VENCIMIENTO | |
| TRIENIO QUE SE RECONOCE O CONVALIDA EN EL GRUPO/ SUBGRUPO ACTUAL: | GRUPO/SUBGRUPO |
| NÚMERO TOTAL DE TRIENIOS (incluido el actual): | NÚMERO |
| DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS/SUBGRUPOS | A1 A2 B C1 C2 E |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS : | CUANTÍA ANUAL: |
| CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE TRIENIO CONVALIDADO | |
| AUTORIDAD QUE RECONOCIÓ EL TRIENIO: | |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA / AYUNTAMIENTO / OTRA: | |
| FECHA DE LA RESOLUCIÓN: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

F.12.R

ANOTACIÓN DE SANCIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación de la sanción (excepto suspensión de funciones) cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|---|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | |
| GRUPO/SUBGRUPO: | ESPECIALIDAD: | |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | |
| MODALIDAD: | | |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL: |

3. DATOS DE LA SANCIÓN

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| TIPO DE FALTA: | |
| FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SANCIÓN | |
| SANCIÓN IMPUESTA: | |
| DURACIÓN (en su caso) | AÑOS MESES DIAS |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE HASTA |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN

| |
|---|
| DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y EFECTOS: |
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA/ EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN DE RECURSO |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



Mº / Org:

F.13.R

**ANOTACIÓN DE ANULACIÓN DE SANCIÓN/SUSPENSIÓN DE FUNCIONES
O ANOTACIÓN DE CANCELACIÓN DE SANCIÓN**

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|---|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | |
| GRUPO/SUBGRUPO: | ESPECIALIDAD: | |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | |
| MODALIDAD: | | |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL |

3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

| | |
|--|-----------------|
| FECHA DE IMPOSICIÓN | |
| SANCIÓN IMPUESTA / SUSPENSIÓN DE FUNCIONES | |
| DURACIÓN (en su caso) | AÑOS MESES DIAS |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE HASTA |

4. DATOS DE LA ANULACIÓN

| | |
|---|--|
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA | |
| CAUSA DE LA ANULACIÓN: | |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

5. DATOS DE LA CANCELACIÓN

| | |
|-----------------------------|--|
| FECHA DE RESOLUCIÓN/EFECTOS | |
| CAUSA DE LA CANCELACIÓN: | |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva
comunicación al Registro Central de Personal.

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



Mº / Org:

F.14.R

ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|---|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | |
| GRUPO/SUBGRUPO: | ESPECIALIDAD: | |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | |
| MODALIDAD: | | |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | |
|---------------------------|------------------|--|
| DENOMINACIÓN: | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: | |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: | |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL | |

3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

| | | |
|---|-------|-------|
| TIPO DE FALTA: | | |
| FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES | | |
| TIPO DE SUSPENSIÓN: | | |
| DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN | AÑOS | MESES |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE | HASTA |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

| | |
|--|--|
| DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y EFECTOS: | |
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN DE RECURSO | |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

Fdo.:

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.8.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN DE TRIENIO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento o convalidación del trienio cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | _____ | GRUPO/SUBGRUPO: _____ |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: _____ | | |
| MODALIDAD: _____ | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|-------------------------------|---|
| DENOMINACIÓN: | _____ |
| UNIVERSIDAD: | _____ |
| CENTRO DE DESTINO DOCENTE: | _____ |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO: | _____ |
| DEPARTAMENTO: | _____ |
| DEDICACIÓN: | _____ |
| PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE: | _____ |
| LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE: | _____ |
| PROGRAMA DE GASTOS: | _____ |
| APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: | COMPLEMENTO ESPECÍFICO: _____ NIVEL _____ |

3. DATOS DEL TRIENIO

| | |
|---|---|
| FECHA DE VENCIMIENTO | _____ |
| TRIENIO QUE SE RECONOCE O CONVALIDA EN EL GRUPO/ SUBGRUPO ACTUAL: | GRUPO/SUBGRUPO _____ NÚMERO _____ |
| NÚMERO TOTAL DE TRIENIOS (incluido el actual): | _____ |
| DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS/SUBGRUPOS | A1 _____ A2 _____ B _____ C1 _____ C2 _____ E _____ |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS: | CUANTÍA ANUAL: _____ |
| CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE TRIENIO CONVALIDADO | |
| AUTORIDAD QUE RECONOCIÓ EL TRIENIO: | |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA / AYUNTAMIENTO / OTRA: | |
| FECHA DE LA RESOLUCIÓN: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.12.R

ANOTACIÓN DE SANCIÓN

Conforme a lo previsto en el reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente de/de la interesado/a, procede la anotación de la sanción (excepto suspensión de funciones) cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| UNIVERSIDAD: | |
| CENTRO DE DESTINO DOCENTE: | |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO: | |
| DEPARTAMENTO: | |
| DEDICACIÓN: | |
| PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE: | |
| LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE: | |
| PROGRAMA DE GASTOS: | |
| APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: | COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL |

3. DATOS DE LA SANCIÓN

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| TIPO DE FALTA: | |
| FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SANCIÓN | |
| SANCIÓN IMPUESTA: | |
| DURACIÓN (en su caso) | AÑOS MESES DIAS |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE HASTA |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN

| |
|--|
| DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y EFECTOS: |
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA/ EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN RECURSO |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.13.R

ANOTACIÓN DE ANULACIÓN DE SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE FUNCIONES
O ANOTACIÓN DE CANCELACIÓN DE SANCIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente de/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: <input type="checkbox"/> | | |
| CUERPO O ESCALA: | <input type="checkbox"/> | GRUPO/SUBGRUPO: <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: <input type="checkbox"/> | | |
| MODALIDAD: <input type="checkbox"/> | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|-------------------------------|--|
| DENOMINACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| UNIVERSIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| CENTRO DE DESTINO DOCENTE: | <input type="checkbox"/> |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO: | <input type="checkbox"/> |
| DEPARTAMENTO: | <input type="checkbox"/> |
| DEDICACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE: | <input type="checkbox"/> |
| LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE: | <input type="checkbox"/> |
| PROGRAMA DE GASTOS: | <input type="checkbox"/> |
| APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: | COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

| | |
|--|--|
| FECHA DE IMPOSICIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| SANCIÓN IMPUESTA / SUSPENSIÓN DE FUNCIONES | <input type="checkbox"/> |
| DURACIÓN (en su caso) | AÑOS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE <input type="checkbox"/> HASTA <input type="checkbox"/> |

4. DATOS DE LA ANULACIÓN

| | |
|---|--------------------------|
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA | <input type="checkbox"/> |
| CAUSA DE LA ANULACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | <input type="checkbox"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA. | <input type="checkbox"/> |

5. DATOS DE LA CANCELACIÓN

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| FECHA DE RESOLUCIÓN/EFECTOS | <input type="checkbox"/> |
| CAUSA DE LA CANCELACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | <input type="checkbox"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA. | <input type="checkbox"/> |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--------------|
| |
|--------------|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.14.R

ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | <input type="checkbox"/> |
| CUERPO O ESCALA: | <input type="text"/> | GRUPO/SUBGRUPO: <input type="text"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="text"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="text"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|-------------------------------|---|
| DENOMINACIÓN: | <input type="text"/> |
| UNIVERSIDAD: | <input type="text"/> |
| CENTRO DE DESTINO DOCENTE: | <input type="text"/> |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO: | <input type="text"/> |
| DEPARTAMENTO: | <input type="text"/> |
| DEDICACIÓN: | <input type="text"/> |
| PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE: | <input type="text"/> |
| LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE: | <input type="text"/> |
| PROGRAMA DE GASTOS: | |
| APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: | COMPLEMENTO ESPECÍFICO: <input type="text"/> NIVEL <input type="text"/> |

3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

| | |
|---|--|
| TIPO DE FALTA: | <input type="text"/> |
| FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES | <input type="text"/> |
| TIPO DE SUSPENSIÓN: | <input type="text"/> |
| DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN | AÑOS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE <input type="text"/> HASTA <input type="text"/> |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

| | |
|--|----------------------|
| DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y EFECTOS: | |
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN DE RECURSO | <input type="text"/> |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.10.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN DE TRIENIO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento o convalidación del trienio cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | <input type="checkbox"/> |
| FIGURA DOCENTE: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | |
|-------------------------------|---|
| DENOMINACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| UNIVERSIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| CENTRO DE DESTINO DOCENTE: | <input type="checkbox"/> |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO: | <input type="checkbox"/> |
| DEPARTAMENTO: | <input type="checkbox"/> |
| DEDICACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE: | <input type="checkbox"/> |
| LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE: | <input type="checkbox"/> |
| CONVENIO: | <input type="checkbox"/> |
| CATEGORÍA / FUNCIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| PROGRAMA DE GASTOS: | APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DEL TRIENIO

| | |
|--|---|
| FECHA DE VENCIMIENTO | <input type="checkbox"/> |
| NÚMERO DE TRIENIOS | <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS: | CUANTÍA ANUAL: <input type="checkbox"/> |
| CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE TRIENIO CONVALIDADO | |
| AUTORIDAD QUE RECONOCIÓ EL TRIENIO: | |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA / AYUNTAMIENTO / OTRA: | |
| FECHA DE LA RESOLUCIÓN: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.6.R

ANOTACIÓN DE SANCIÓN

Conforme a lo previsto en el reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente de/de la interesado/a, procede la anotación de la sanción (excepto suspensión de empleo) cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| FIGURA DOCENTE: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| UNIVERSIDAD: | |
| CENTRO DE DESTINO DOCENTE: | |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO: | |
| DEPARTAMENTO: | |
| DEDICACIÓN: | |
| PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE: | |
| LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE: | |
| CONVENIO: | |
| CATEGORÍA / FUNCIÓN: | |
| PROGRAMA DE GASTOS: | APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: |

3. DATOS DE LA SANCIÓN

| | |
|-----------------------------------|---|
| TIPO DE FALTA: | |
| FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SANCIÓN | |
| SANCIÓN IMPUESTA: | |
| DURACIÓN (en su caso) | AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/> |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN

| |
|--|
| DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y EFECTOS: |
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA/ EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN RECURSO |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

Fdo.:

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |



UNIVERSIDAD

UN

LD.7.R

ANOTACIÓN DE ANULACIÓN DE SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE EMPLEO
O ANOTACIÓN DE CANCELACIÓN DE SANCIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente de/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| FIGURA DOCENTE: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| UNIVERSIDAD: | |
| CENTRO DE DESTINO DOCENTE: | |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO: | |
| DEPARTAMENTO: | |
| DEDICACIÓN: | |
| PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE: | |
| LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE: | |
| CONVENIO: | |
| CATEGORÍA / FUNCIÓN: | |
| PROGRAMA DE GASTOS: | APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: |

3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE EMPLEO

| | |
|---|---|
| FECHA DE IMPOSICIÓN: | |
| SANCIÓN IMPUESTA / SUSPENSIÓN DE EMPLEO | |
| DURACIÓN (en su caso) | AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> <input type="text"/> |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

4. DATOS DE LA ANULACIÓN

| | |
|---|--|
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA | |
| CAUSA DE LA ANULACIÓN: | |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA. | |

5. DATOS DE LA CANCELACIÓN

| | |
|-------------------------------|--|
| FECHA DE RESOLUCIÓN / EFECTOS | |
| CAUSA DE LA CANCELACIÓN: | |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA. | |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.8.R

ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE EMPLEO

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| FIGURA DOCENTE: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| UNIVERSIDAD: | |
| CENTRO DE DESTINO DOCENTE: | |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO: | |
| DEPARTAMENTO: | |
| DEDICACIÓN: | |
| PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE: | |
| LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE: | |
| CONVENIO: | |
| CATEGORÍA / FUNCIÓN: | |
| PROGRAMA DE GASTOS: | APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: |

3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO

| | |
|--|--|
| TIPO DE FALTA: | |
| FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO | |
| TIPO DE SUSPENSIÓN: | |
| DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN (en su caso) | AÑOS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> |
| FECHA DE EFECTOS | DESDE <input type="text"/> HASTA <input type="text"/> |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO

| |
|--|
| DESCRIPCIÓN Y EFECTOS: |
| FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA / O INTERPOSICIÓN DE RECURSO |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|--|
| |
|--|

Lugar y fecha:
El / La

| |
|--|
| OFICINA DELEGADA DEL R.C.P. |
| Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.: