

Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, incorpora a nuestro ordenamiento jurídico la citada Directiva 2004/96/CE de la Comisión.

En la elaboración de la presente disposición se ha consultado a los sectores afectados.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Sanidad y Consumo, de Medio Ambiente y de Industria, Turismo y Comercio, y de acuerdo con el Consejo de Estado, dispongo:

Primero. *Modificación del anexo I del Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre.*—En el punto 40 (níquel y sus compuestos) del anexo I parte 1 del Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, se sustituye el texto del punto 1 de las limitaciones por el texto siguiente: «1. En todos los dispositivos dotados de pasador que se introducen en las perforaciones de las orejas u otras partes del cuerpo humano, a menos que el índice de níquel liberado de dichos dispositivos sea inferior a 0,2 µg/cm²/semana (límite de migración)».

Segundo. *Entrada en vigor.*—La presente Orden entrará en vigor el día 1 de septiembre de 2005.

Madrid, 17 de junio de 2005.

FERNÁNDEZ DE LA VEGA SANZ

Sras. Ministras de Sanidad y Consumo y de Medio Ambiente y Sr. Ministro de Industria, Turismo y Comercio.

MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

10626 *RESOLUCIÓN de 26 de mayo de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se modifican los modelos registrales para comunicación de actos administrativos de gestión de personal al Registro Central de Personal.*

El artículo 7 del reglamento regulador del Registro Central de Personal, aprobado por Real Decreto 2073/1999, de 30 de diciembre (BOE del 18 de enero de 2000), establece que el Secretario de Estado para la Administración Pública aprobará los formatos normalizados de los documentos registrales que se utilizan para la comunicación y realización de anotaciones en el Registro. Dichas competencias son atribuidas, por el Real Decreto 1320/2004, de 28 de mayo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Administraciones Públicas, al Secretario General para la Administración Pública. Los modelos actualmente vigentes fueron aprobados por Resolución de la Secretaría de Estado para la Administra-

ción Pública de 2 de septiembre de 2002 (BOE de 21 de septiembre).

La aprobación de las relaciones de puestos de trabajo de personal laboral, ha puesto de relieve la necesidad de incluir en la parte descriptiva de los puestos de trabajo de todos los impresos «L», los tipos de complementos ligados a los puestos, establecidos en el artículo 75.3 del convenio único para el personal laboral de la Administración General del Estado.

Por otra parte, se ha planteado la necesidad de incorporar a todos los impresos la información correspondiente a los casos en que el empleado público tiene reconocido un grado personal o un grupo profesional superior al del puesto de trabajo o categoría que desempeña, lo que se ha incluido en los datos del funcionario o trabajador que se incorporan en todos los impresos F o L, respectivamente.

Asimismo, se ha planteado la necesidad de completar, a título informativo, determinados datos de las licencias, las sanciones o los datos de destino del personal que cesa por paso a otra Administración o ámbito externo al Registro Central de Personal, por lo que se modifican los apartados correspondientes en los modelos de impresos F3, F4R, F6, F6R, F12R, F17, F17R, L1R, L9R, L14 y L14R.

Debe, también, considerarse que los acuerdos de movilidad del personal funcionario entre distintas Administraciones Públicas, posibilitan la consolidación del grado personal en el servicio en otra Administración y ello ha de tenerse en cuenta en su retorno al servicio de la Administración General del Estado. Por tanto, se hace preciso abrir el modelo F16R de «Resolución de reconocimiento o convalidación de grado personal», que hasta ahora se limitaba a convalidar la consolidación de grado personal en el servicio de las Administraciones autonómicas, a la convalidación de este hecho cuando se produce en el servicio a otras Administraciones Públicas.

Por último, en el L21R, se han resumido las posibles causas de modificación de puestos de trabajo del apartado 4.

Por consiguiente, esta Secretaría general ha resuelto:

Primero.—Aprobar los documentos registrales que figuran en el anexo de esta Resolución, sustituyendo a los mismos modelos aprobados en la Resolución del 2 de septiembre del 2002, publicada en el Boletín Oficial del Estado del 21 de septiembre del 2002.

Segundo.—Publicar las tablas de códigos que deben utilizarse para cumplimentar los nuevos apartados establecidos en los modelos de impresos F3, F4R, F6, F6R y L1R.

Tercero.—Las Unidades gestoras de personal podrán consultar y descargar todos los formatos y códigos actualizados de los documentos registrales en la web del Registro Central de Personal, accesible a través de «Funciona: El Portal del Empleado Público» (www.funciona.es) en la Intranet Administrativa. Asimismo, podrán solicitar al Registro un CDROM conteniendo los documentos vigentes y sus códigos en formatos PDF y PCL.

Madrid, 26 de mayo de 2005.—El Secretario General para la Administración Pública, Francisco Javier Velázquez López.

ANEXO I - MODELOS



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.1

ACUERDO DE NOMBRAMIENTO PARA PUESTO DE TRABAJO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo el nombramiento cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|----------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | | GRUPO <input type="text"/> |
| ESPECIALIDAD: - | | | <input type="text"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: - | | | <input type="text"/> |
| MODALIDAD: - | | | <input type="text"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO < | | | <input type="text"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | | |
|---------------------------|----------------------|------------------|----------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | | |
| PROVINCIA: | <input type="text"/> | LOCALIDAD: | <input type="text"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="text"/> | LOC. RESIDENCIA: | <input type="text"/> |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | | NIVEL <input type="text"/> |

3. DATOS DEL NOMBRAMIENTO

| | |
|---------------------------|----------------------|
| FORMA DE OCUPACIÓN: | <input type="text"/> |
| MODALIDAD: | <input type="text"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | <input type="text"/> |
| MODALIDAD: | <input type="text"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | <input type="text"/> |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

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

Lugar y fecha
Ei/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.2.R

RESOLUCIÓN DE TOMA DE POSESIÓN EN PUESTO DE TRABAJO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la toma de posesión en el puesto de trabajo cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | |
| | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | <input type="checkbox"/> |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DEL ACUERDO DE NOMBRAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO

| |
|-----------------------|
| AUTORIDAD QUE ACORDÓ: |
| FECHA DEL ACUERDO: |

4. DATOS DE LA TOMA DE POSESIÓN

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

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha
El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.3

ACUERDO DE CESE EN EL PUESTO DE TRABAJO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo el cese cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|--------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO | <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| 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 CESE

| | |
|---|--------------------------|
| CAUSA DEL CESE: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |
| DESTINO EN ADMÓN. U ORG. PÚBLICO FUERA ÁMBITO R.C.P.: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| EN SITUACIÓN DE SERVICIO ACTIVO | <input type="checkbox"/> |
| EN SITUACIÓN DE SERVICIO EN COMUNIDADES AUTÓNOMAS | <input type="checkbox"/> |
| FECHA B.O.E. DECRETO DE TRANSFERENCIA | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

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

Lugar y fecha
Ei/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.4.R

RESOLUCIÓN DE CESE EN PUESTO DE TRABAJO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el cese en el puesto de trabajo cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO <input type="checkbox"/> | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | <input type="checkbox"/> |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DEL ACUERDO

| |
|--|
| FECHA DEL ACUERDO: |
| AUTORIDAD QUE ACORDÓ / ÓRGANO DE JUBILACIÓN: |

4. DATOS DEL CESE

| | |
|---|--------------------------|
| FECHA DEL CESE | <input type="checkbox"/> |
| CAUSA DEL CESE: | <input type="checkbox"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | <input type="checkbox"/> |
| NUEVA SITUACIÓN ADMINISTRATIVA (en su caso): | <input type="checkbox"/> |
| DESTINO EN ADMÓN. U ORG. PÚBLICO FUERA ÁMBITO R.C.P.: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| EN SITUACIÓN DE SERVICIO ACTIVO | <input type="checkbox"/> |
| EN SITUACIÓN DE SERVICIO EN COMUNIDADES AUTÓNOMAS | <input type="checkbox"/> |
| FECHA B.O.E. DECRETO DE TRANSFERENCIA | <input type="checkbox"/> |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha

El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.5

**ACUERDO DE CESE Y NOMBRAMIENTO PARA PUESTO DE TRABAJO
EFECTUADOS POR UNA MISMA AUTORIDAD**

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo el cese y nombramiento para puesto de trabajo cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO DE CESE

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO DE NOMBRAMIENTO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

4. DATOS DEL CESE Y NOMBRAMIENTO

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| CAUSA DEL CESE: | <input type="checkbox"/> |
| FORMA DE OCUPACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | <input type="checkbox"/> |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

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

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.5.R

RESOLUCIÓN DE CESE Y TOMA DE POSESIÓN EN PUESTO DE TRABAJO EFECTUADOS POR UNA MISMA AUTORIDAD

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, proceden el cese y la toma de posesión en los puestos de trabajo cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|----------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | | GRUPO <input type="text"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="text"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | | <input type="text"/> |
| MODALIDAD: | | | <input type="text"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | | <input type="text"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO EN EL QUE CESA

| | | | |
|---------------------------|----------------------|------------------|----------------------------|
| 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"/> |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | | NIVEL <input type="text"/> |

3. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO EN EL QUE TOMA POSESIÓN

| | | | |
|---------------------------|----------------------|------------------|----------------------------|
| 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"/> |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | | NIVEL <input type="text"/> |

4. DATOS DEL ACUERDO DE CESE Y NOMBRAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO

| | |
|-----------------------|----------------------|
| FECHA DEL ACUERDO: | <input type="text"/> |
| AUTORIDAD QUE ACORDÓ: | <input type="text"/> |

5. DATOS DEL CESE Y DE LA TOMA DE POSESIÓN

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| FECHA DEL CESE: | <input type="text"/> |
| CAUSA DEL CESE: | <input type="text"/> |
| FECHA DE LA TOMA DE POSESIÓN: | <input type="text"/> |
| FORMA DE OCUPACIÓN: | <input type="text"/> |
| MODALIDAD: | <input type="text"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | <input type="text"/> |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

7. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha

El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.6

ACUERDO DE CAMBIO DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo el cambio de situación administrativa cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

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

| | |
|--|------------|
| FECHA DE EFECTOS | |
| NUEVA SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | |
| MODALIDAD: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |
| SÓLO PARA SERVICIOS EN C.AUTÓNOMAS: COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| FECHA B.O.E. DECRETO DE TRANSFERENCIA | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

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

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.6.R

**RESOLUCIÓN DE CAMBIO DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA
O FIN DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS**

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el/la:
cuyo detalle sigue, desde una situación distinta de servicio
activo o servicios especiales ocupando puesto de trabajo:

CAMBIO DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA
FINALIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS
JUBILACIÓN

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO <input type="checkbox"/> | | |

2. DATOS DEL CAMBIO DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

| | |
|---|-------------------------------------|
| FECHA DE EFECTOS | |
| NUEVA SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |
| SÓLO PARA SERVICIOS EN C.AUTÓNOMAS: COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO: <input type="checkbox"/> | |
| PROVINCIA: <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: <input type="checkbox"/> |
| FECHA B.O.E. DECRETO DE TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> | |

3. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS (EXCEPTO JUBILACIÓN)

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| FECHA DE EFECTOS | |
| CAUSA: | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

4. DATOS DE LA JUBILACIÓN

| | |
|---|--------------------------|
| RÉGIMEN DE PREVISIÓN: | |
| ÓRGANO DE JUBILACIÓN: | |
| FECHA DE JUBILACIÓN | |
| TIPO DE JUBILACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| AÑOS DE SERVICIO O PERIODO DE COTIZACIÓN: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.7

ACUERDO DE COMISIÓN DE SERVICIOS

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo la comisión de servicios cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|----------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="text"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="text"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="text"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="text"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="text"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO DE ORIGEN

| | |
|---------------------------|--|
| DENOMINACIÓN: | <input type="text"/> |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | <input type="text"/> LOCALIDAD: <input type="text"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="text"/> LOC. RESIDENCIA: <input type="text"/> |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="text"/> |

3. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO A DESEMPEÑAR EN COMISIÓN

| | |
|---------------------------|--|
| DENOMINACIÓN: | <input type="text"/> |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | <input type="text"/> LOCALIDAD: <input type="text"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="text"/> LOC. RESIDENCIA: <input type="text"/> |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="text"/> |

4. DATOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS

| | | |
|---|-------------------------|------------------------|
| PERIODO DE DURACIÓN: | DE <input type="text"/> | A <input type="text"/> |
| PUESTO POR EL QUE SE RECIBE LA RETRIBUCIÓN: | | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | | |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

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

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.8.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE TRIENIO

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

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|----------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | | GRUPO <input type="text"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="text"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | | <input type="text"/> |
| MODALIDAD: | | | <input type="text"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | | <input type="text"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | |
|---------------------------|----------------------|----------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | <input type="text"/> |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | <input type="text"/> | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="text"/> | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | NIVEL <input type="text"/> |

3. DATOS DEL TRIENIO

| | |
|--|--|
| FECHA DE VENCIMIENTO | <input type="text"/> |
| TRIENIO QUE SE RECONOCE EN EL GRUPO ACTUAL: | GRUPO <input type="text"/> NÚMERO <input type="text"/> |
| NÚMERO TOTAL DE TRIENIOS (incluido el actual): | <input type="text"/> |
| DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS: | A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> E <input type="text"/> |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS: | CUANTÍA ANUAL: <input type="text"/> |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha
El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: _____ |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.9.R

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

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

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DEL RECONOCIMIENTO

| | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| SERVICIOS REFERIDOS A LA FECHA: | | | | |
| TIEMPO DE SERVICIOS QUE SE RECONOCE: | | | | |
| | GRUPO | AÑOS | MESES | DÍAS |
| | A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | E | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NUEVO NÚMERO DE TRIENIOS POR GRUPOS (en su caso): | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS: | | | | |
| FECHA DE VENCIMIENTO PREVISTA DEL PRÓXIMO TRIENIO | | | | |
| LEGISLACIÓN APLICADA: | | | | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha

El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.10.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 FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE LA TITULACIÓN

| | |
|---------------------------------|--|
| DENOMINACIÓN: | |
| CENTRO QUE LA EXPIDIÓ: | |
| FECHA DE SOLICITUD / EXPEDICIÓN | |

4. DATOS DEL CURSO DE FORMACIÓN

| | |
|---|---------------------------------------|
| RECIBIDO <input type="checkbox"/> | IMPARTIDO <input type="checkbox"/> |
| DENOMINACIÓN: | |
| ORGANISMO CONVOCANTE: | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA O CERTIFICACIÓN | |
| CENTRO QUE LO EXPIDIÓ: | |
| Nº HORAS <input type="checkbox"/> | FECHA INICIO <input type="checkbox"/> |
| | FECHA FIN <input type="checkbox"/> |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.11.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/la interesado/a, proceda la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|--|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO | |
| 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 PREMIO, CONDECORACIÓN O MENCIÓN

| | |
|--|--|
| FECHA EN QUE SE OTORGA | |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS (en su caso) | |
| PREMIO, CONDECORACIÓN O MENCIÓN: | |
| AUTORIDAD QUE LO OTORGÓ: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

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: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE LA SANCIÓN

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

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN

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

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.13.R

**ANOTACIÓN DE ANULACIÓN DE SANCIÓN / SUSPENSIÓN PROVISIONAL 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: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| DENOMINACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE : | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | |
| LOCALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| LOC. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| NIVEL | <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN PROVISIONAL DE FUNCIONES

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| FECHA DE IMPOSICIÓN | <input type="checkbox"/> |
| SANCIÓN IMPUESTA / MEDIDA CAUTELAR: | <input type="checkbox"/> |
| DURACIÓN (en su caso). | AÑOS <input type="checkbox"/> |
| FECHAS DE EFECTOS (en su caso): | DESDE <input type="checkbox"/> |
| | MESES <input type="checkbox"/> |
| | DÍAS <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: | |
| AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

5. DATOS DE LA CANCELACIÓN

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

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

Lugar y fecha
El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

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: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | <input type="checkbox"/> |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

| | |
|---|--|
| TIPO DE FALTA: | <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES | <input type="checkbox"/> |
| TIPO DE SUSPENSIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN (en su caso): | AÑOS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> DÍAS <input type="checkbox"/> |
| FECHAS DE EFECTOS: | DESDE <input type="checkbox"/> HASTA <input type="checkbox"/> |
| 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 |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

Lugar y fecha
El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.15

ACUERDO DE JUBILACIÓN

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, declaro la jubilación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE LA JUBILACIÓN

| | |
|---|--------------------------|
| RÉGIMEN DE PREVISIÓN: | |
| ÓRGANO DE JUBILACIÓN: | |
| FECHA DE JUBILACIÓN | |
| TIPO DE JUBILACIÓN: | <input type="checkbox"/> |
| AÑOS DE SERVICIO O PERIODO DE COTIZACIÓN: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

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

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.16.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN DE GRADO PERSONAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, resuelvo el grado personal cuyo detalle sigue:

RECONOCER
CONVALIDAR

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DEL RECONOCIMIENTO DE GRADO PERSONAL

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| FECHA DE RECONOCIMIENTO | |
| GRADO CONSOLIDADO | <input type="checkbox"/> |

4. DATOS DE LA CONVALIDACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE GRADO PERSONAL EFECTUADO EN OTRA ADMINISTRACIÓN

| | |
|---|--------------------------|
| AUTORIDAD QUE RECONOCIÓ EL GRADO: | |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA / AYUNTAMIENTO / OTRA: | |
| FECHA EN QUE SE RECONOCIÓ | |
| GRADO CONVALIDADO EN LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO | <input type="checkbox"/> |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha
El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.17

RESOLUCIÓN DE LICENCIA O PERMISO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la **CONCESIÓN**
de la licencia o permiso cuyo detalle sigue: **FINALIZACION**

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE LA CONCESIÓN DE LICENCIA O PERMISO

| | |
|--------------------------------|--|
| TIPO DE LICENCIA O PERMISO: | |
| PERIODO POR EL QUE SE CONCEDE: | DE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |
| PRÓRROGA LICENCIA E: | NÚMERO <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |
| RÉGIMEN DE PREVISIÓN: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA O PERMISO

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

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA O PERMISO

| |
|-----------------------|
| FECHA DE FINALIZACIÓN |
| MOTIVO: |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

7. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.17.R

RESOLUCIÓN DE LICENCIA O PERMISO

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

CONCESIÓN
FINALIZACIÓN

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | | |
| | | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE LA CONCESIÓN DE LICENCIA O PERMISO

| | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| TIPO DE LICENCIA O PERMISO: | | |
| PERIODO POR EL QUE SE CONCEDE: | DE <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE INICIO DEL 4º MES DE BAJA | DE <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> |
| FECHA CUMPLIMIENTO 18º MES DE LICENCIA E. | | <input type="checkbox"/> |
| RÉGIMEN DE PREVISIÓN: | | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | | |

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA O PERMISO

| | |
|------------------------|--------------------------|
| DESCRIPCIÓN Y EFECTOS: | |
| | |
| FECHA | <input type="checkbox"/> |

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA O PERMISO

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| FECHA DE FINALIZACIÓN | <input type="checkbox"/> |
| MOTIVO: | |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

7. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal

Lugar y fecha

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.21.R

MODIFICACIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

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, con efectos de la fecha que asimismo se indica.

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS ANTERIORES DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | |
| OTROS DATOS: | |
| LOCALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| LOC. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| NIVEL | <input type="checkbox"/> |

3. DATOS ACTUALES DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | |
| OTROS DATOS: | |
| LOCALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| LOC. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> |
| NIVEL | <input type="checkbox"/> |

4. DATOS DE LA MODIFICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|----------|--------------------------|
| CAUSA.- | ACUERDO CECIR | DE FECHA | <input type="checkbox"/> |
| | ACUERDO DE (Citar órgano competente) | DE FECHA | <input type="checkbox"/> |
| | REAL DECRETO | DE FECHA | <input type="checkbox"/> |
| | OTRAS | DE FECHA | <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE EFECTOS | | | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIONES / OTROS DATOS: | | | |

5. DATOS DE VÍNCULO CON EL PUESTO Y DE LA FORMA DE OCUPACIÓN

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

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO

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

Lo que se traslada para su conocimiento y efectos

Lugar y fecha

El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.22.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DEL DERECHO AL COMPLEMENTO DE DESTINO DE DIRECTOR GENERAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento del derecho a la percepción del complemento de destino, en la cuantía que la Ley de Presupuestos Generales del Estado fije cada año para los Directores Generales, cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | |
| | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | <input type="checkbox"/> |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DEL ALTO CARGO DESEMPEÑADO

| | |
|------------------------|--|
| DENOMINACIÓN DEL CARGO | PERIODO DE DESEMPEÑO |
| | DE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |
| | DE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |
| | DE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |

4. DATOS DEL RECONOCIMIENTO DEL COMPLEMENTO DE DESTINO

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS | <input type="checkbox"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha
Ei/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.25.R

RESOLUCIÓN DE REDUCCIÓN DE JORNADA

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

CONCESIÓN
FINALIZACIÓN

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:
 CUERPO O ESCALA: GRUPO
 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 REDUCCIÓN DE JORNADA

FECHA DE INICIO DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA
 FECHA DE FINALIZACIÓN (en su caso)
 TIPO DE REDUCCIÓN DE JORNADA:
 DISPOSICIÓN APLICADA:

4. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA

FECHA DE FINALIZACIÓN
 MOTIVO:

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

Lugar y fecha
El/La

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.28.R

RESOLUCIÓN DE PROLONGACIÓN DE LA PERMANENCIA EN EL SERVICIO ACTIVO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la prolongación de la permanencia en el servicio activo cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | | |
| CUERPO O ESCALA: | | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | |
| PROVINCIA: | <input type="checkbox"/> | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | <input type="checkbox"/> | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE LA PROLONGACIÓN DE LA PERMANENCIA EN EL SERVICIO ACTIVO

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| FECHA DE INICIO | <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE NACIMIENTO: | |
| ÓRGANO DE JUBILACIÓN: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.29.R

INTEGRACIÓN EN OTRO CUERPO O ESCALA

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, procede la anotación de la integración en otro Cuerpo o Escala, cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DEL CUERPO O ESCALA EN QUE SE INTEGRA

| | | |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| N.R.P.: | ESPECIALIDAD: | <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE EFECTOS DE LA INTEGRACIÓN | FECHA B.O.E. (en su caso) | |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | | |

4. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA O FIN DE RELACIÓN DE SERVICIOS EN EL CUERPO O ESCALA DE ORIGEN COMO CONSECUENCIA DE LA INTEGRACIÓN:

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | <input type="checkbox"/> |
| FIN DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS: | <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE EFECTOS: | |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.31.R

COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE 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 FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | |
| | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL ANTERIOR PUESTO DE TRABAJO O DESTINO RESERVADO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DEL NUEVO PUESTO DE TRABAJO O DESTINO RESERVADO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|--|--|
| FECHA DE EFECTOS: | |
| CAMBIO DE RESERVA (señálese lo que proceda): | DE PUESTO A PUESTO <input type="checkbox"/> DE PUESTO A DESTINO <input type="checkbox"/> DE DESTINO A DESTINO <input type="checkbox"/> DE DESTINO A PUESTO <input type="checkbox"/> |
| CAUSA: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |
| OBSERVACIONES / OTROS DATOS: | |

Lugar y fecha
El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

F.34.R

**ANOTACIÓN DE LA HABILITACIÓN/REVOCACIÓN PARA SOLICITUD DE
CERTIFICACIONES ELECTRÓNICAS**

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

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| CUERPO O ESCALA: | | GRUPO <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| DENOMINACIÓN: | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| PROV. RESIDENCIA: | LOC. RESIDENCIA: |
| COMPLEMENTO ESPECÍFICO: | NIVEL <input type="checkbox"/> |
| OTROS DATOS: | |

3. DATOS DE LA HABILITACIÓN

| | |
|--|--|
| FECHA DE INICIO DE LA HABILITACIÓN | |
| PROCEDIMIENTO PARA EL QUE SE HABILITA: | |
| LEGISLACIÓN APLICADA: | |
| OBSERVACIONES / OTROS DATOS: | |

4. DATOS DE LA REVOCACIÓN

| | |
|----------------------------------|--|
| FECHA DE FIN DE LA HABILITACIÓN: | |
|----------------------------------|--|

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.1.R

BAJA

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

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

| | | |
|---|-------------------------------|---------|
| NIP: | D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE CONTRATO: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |
| GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO | | |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA OCUPADO EN EL MOMENTO DE LA BAJA

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

3. DATOS DE LA BAJA

| | |
|--|------------|
| FECHA DE LA BAJA: | |
| CAUSA DE LA BAJA: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |
| NUEVA SITUACIÓN LABORAL (en su caso): | |
| SÓLO PARA TRASPASO: COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO: | |
| PROVINCIA: | LOCALIDAD: |
| FECHA B.O.E. DECRETO DE TRASPASO | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha

Ei/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

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: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE CONTRATO:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

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

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

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

FECHA DE LA INCORPORACIÓN:
 FORMA DE OCUPACIÓN:
 MODALIDAD:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 DISPOSICIÓN APLICADA:

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha
 El/La

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
 EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.3.R

**BAJA E INCORPORACIÓN A PUESTO DE TRABAJO O PLAZA,
EFECTUADOS POR LA MISMA AUTORIDAD**

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la baja y la incorporación en los puestos de trabajo o plazas cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: _____ D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: _____ N.R.P.: _____
 APELLIDOS Y NOMBRE: _____
 TIPO DE CONTRATO: _____
 SITUACIÓN LABORAL: _____
 MODALIDAD: _____
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO _____

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

DENOMINACIÓN: _____
 MINISTERIO / ORG. / ENTE: _____
 PROVINCIA: _____ LOCALIDAD: _____
 PROV. RESIDENCIA: _____ LOC. RESIDENCIA: _____
 CONVENIO: _____
 GRUPO PROFESIONAL: _____ ÁREA FUNCIONAL: _____
 CATEGORÍA PROFESIONAL: _____
 ESPECIALIDAD: _____
 COMPLEMENTOS: _____ IMPORTE TOTAL: _____
 COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: _____

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

DENOMINACIÓN: _____
 MINISTERIO / ORG. / ENTE: _____
 PROVINCIA: _____ LOCALIDAD: _____
 PROV. RESIDENCIA: _____ LOC. RESIDENCIA: _____
 CONVENIO: _____
 GRUPO PROFESIONAL: _____ ÁREA FUNCIONAL: _____
 CATEGORÍA PROFESIONAL: _____
 ESPECIALIDAD: _____
 COMPLEMENTOS: _____ IMPORTE TOTAL: _____
 COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: _____

4. DATOS DE LA BAJA Y DE LA INCORPORACIÓN

FECHA DE LA BAJA: _____
 CAUSA DE LA BAJA: _____
 FECHA DE LA INCORPORACIÓN: _____
 FORMA DE OCUPACIÓN: _____
 MODALIDAD: _____
 DISPOSICIÓN APLICADA: _____

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

6. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha

EI/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.5.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE TRIENIO

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

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE CONTRATO:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

3. DATOS DEL TRIENIO

FECHA DE VENCIMIENTO
 NÚMERO DE TRIENIOS
 FECHA EFECTOS ECONÓMICOS: CUANTÍA ANUAL:
 COMPLEMENTO PERSONAL DE ANTIGÜEDAD:

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

Lugar y fecha
 El/La

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.G.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: _____ N.R.P.: _____
 APELLIDOS Y NOMBRE: _____
 TIPO DE CONTRATO: _____
 SITUACIÓN LABORAL: _____
 MODALIDAD: _____
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO _____

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN: _____
 MINISTERIO / ORG. / ENTE: _____

 PROVINCIA: _____ LOCALIDAD: _____
 PROV. RESIDENCIA: _____ LOC. RESIDENCIA: _____
 CONVENIO: _____
 GRUPO PROFESIONAL: _____ ÁREA FUNCIONAL: _____
 CATEGORÍA PROFESIONAL: _____
 ESPECIALIDAD: _____
 COMPLEMENTOS: _____ IMPORTE TOTAL: _____
 COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: _____

3. DATOS DEL RECONOCIMIENTO

SERVICIOS REFERIDOS A LA FECHA:
 TIEMPO DE SERVICIOS QUE SE RECONOCE: _____ AÑOS _____ MESES _____ DÍAS _____
 NUEVO NÚMERO DE TRIENIOS (en su caso) _____
 FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS: _____
 FECHA PREVISTA DE VENCIMIENTO DEL PRÓXIMO TRIENIO: _____
 COMPLEMENTO PERSONAL DE ANTIGUEDAD: _____

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha
 El/La

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
 EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L7.R

ANOTACIÓN DE TITULACIÓN O CURSO DE FORMACIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según 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: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE CONTRATO: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | | |
| 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 PROFESIONAL: | | | <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | | |

3. DATOS DE LA TITULACIÓN

| | |
|---------------------------------|--|
| DENOMINACIÓN: | |
| CENTRO QUE LA EXPIDIÓ: | |
| FECHA DE SOLICITUD / EXPEDICIÓN | |

4. DATOS DEL CURSO DE FORMACIÓN

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

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

Lugar y fecha
El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.8.R

ANOTACIÓN DE PREMIO, CONDECORACIÓN O MENCIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según 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: | N.R.P.: | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | |
| TIPO DE CONTRATO: | | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO | | | <input type="checkbox"/> |

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| DENOMINACIÓN: | | | |
| MINISTERIO / ORG. / ENTE: | | | |
| 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 PROFESIONAL: | | | <input type="checkbox"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | <input type="checkbox"/> |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | | |

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.:

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.9.R

ANOTACIÓN DE SANCIÓN

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

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE CONTRATO:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

3. DATOS DE LA SANCIÓN

TIPO DE FALTA:
 FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SANCIÓN:
 SANCIÓN IMPUESTA:
 DURACIÓN (en su caso) AÑOS MESES DÍAS
 FECHAS 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:

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

Lugar y fecha
 El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.10.R

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

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según 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: | N.R.P.: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE CONTRATO: | | <input type="checkbox"/> |
| SITUACIÓN LABORAL: | | <input type="checkbox"/> |
| MODALIDAD: | | <input type="checkbox"/> |
| GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO | | <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 PROFESIONAL: | | | <input type="text"/> |
| ESPECIALIDAD: | | | <input type="text"/> |
| COMPLEMENTOS: | | IMPORTE TOTAL: | <input type="text"/> |
| COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: | | | |

3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN PROVISIONAL DE EMPLEO

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

4. DATOS DE LA ANULACIÓN DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN PROVISIONAL DE EMPLEO

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

5. DATOS DE LA CANCELACIÓN DE LA SANCIÓN

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

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

| |
|---|
| <p>REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL</p> <p>Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.</p> <p>Lugar y fecha</p> <p>EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA</p> <p>Fdo.:</p> |
|---|

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.11.R

ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE EMPLEO

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según 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: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE CONTRATO:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

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: AÑOS MESES DÍAS
 FECHAS DE EFECTOS (en su caso): DESDE HASTA
 AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:
 FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA:

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

Lugar y fecha
 El/La

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L12.R

RESOLUCIÓN DE JUBILACIÓN

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, declaro la jubilación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: _____ D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: _____ N.R.P.: _____
 APELLIDOS Y NOMBRE: _____
 TIPO DE CONTRATO: _____
 SITUACIÓN LABORAL: _____
 MODALIDAD: _____
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO _____

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN: _____
 MINISTERIO / ORG. / ENTE: _____
 PROVINCIA: _____ LOCALIDAD: _____
 PROV. RESIDENCIA: _____ LOC. RESIDENCIA: _____
 CONVENIO: _____
 GRUPO PROFESIONAL: _____ ÁREA FUNCIONAL: _____
 CATEGORÍA PROFESIONAL: _____
 ESPECIALIDAD: _____
 COMPLEMENTOS: _____ IMPORTE TOTAL: _____
 COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: _____

3. DATOS DE LA JUBILACIÓN

FECHA DE JUBILACIÓN: _____
 TIPO DE JUBILACIÓN: _____
 AÑOS DE SERVICIO O PERIODO DE COTIZACIÓN: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 ÓRGANO DE JUBILACIÓN: _____

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha
 El/La

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
 EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

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: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE CONTRATO:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

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

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.14

RESOLUCIÓN DE LICENCIA O PERMISO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la **CONCESIÓN**
de la licencia o permiso cuyo detalle sigue: **FINALIZACIÓN**

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE CONTRATO:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

3. DATOS DE LA CONCESIÓN DE LICENCIA O PERMISO

TIPO DE LICENCIA O PERMISO:
 PERÍODO POR EL QUE SE CONCEDE. DE A
 PRÓRROGA LICENCIA E. NÚMERO DE A
 DISPOSICIÓN APLICADA:

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA O PERMISO

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:
 FECHA:

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA O PERMISO

FECHA DE FINALIZACIÓN:
 MOTIVO:

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha
 El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.14.R

RESOLUCIÓN DE LICENCIA O PERMISO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la **CONCESIÓN**
de la licencia o permiso cuyo detalle sigue: **FINALIZACIÓN**

de la licencia o permiso cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE CONTRATO:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

3. DATOS DE LA CONCESIÓN DE LICENCIA O PERMISO

TIPO DE LICENCIA O PERMISO:
 PERIODO POR EL QUE SE CONCEDE. DE A
 FECHA DEL INICIO DEL 4º MES DE BAJA DE A
 FECHA CUMPLIMIENTO 18º MES DE LICENCIA E.
 DISPOSICIÓN APLICADA:

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA O PERMISO

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:
 FECHA

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA O PERMISO

FECHA DE FINALIZACIÓN
 MOTIVO:

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L16.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: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE CONTRATO:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

2. DATOS DEL ANTERIOR CONVENIO

CONVENIO:
 GRUPO PROFESIONAL: ÁREA FUNCIONAL:
 CATEGORÍA PROFESIONAL:
 ESPECIALIDAD:

3. DATOS DEL NUEVO CONVENIO

CONVENIO:
 GRUPO PROFESIONAL: ÁREA FUNCIONAL:
 CATEGORÍA PROFESIONAL:
 ESPECIALIDAD:
 NRP:

4. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

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

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.17.R

RESOLUCIÓN DE REDUCCIÓN DE JORNADA

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

CONCESIÓN FINALIZACIÓN

de reducción de jornada cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:

APELLIDOS Y NOMBRE:

TIPO DE CONTRATO:

SITUACIÓN LABORAL:

MODALIDAD:

GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:

MINISTERIO / ORG. / ENTE:

PROVINCIA: LOCALIDAD:

PROV. RESIDENCIA: LOC. RESIDENCIA:

CONVENIO:

GRUPO PROFESIONAL: ÁREA FUNCIONAL:

CATEGORÍA PROFESIONAL:

ESPECIALIDAD:

COMPLEMENTOS: IMPORTE TOTAL:

COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO:

3. DATOS DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA

NÚMERO DE HORAS ACTUAL:

FECHA DE INICIO DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA:

FECHA DE FINALIZACIÓN (en su caso):

TIPO DE REDUCCIÓN DE JORNADA:

DISPOSICIÓN APLICADA:

NUEVO NÚMERO DE HORAS:

4. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA

FECHA DE FINALIZACIÓN:

MOTIVO:

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

6. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Firmado.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

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: _____ N.R.P.: _____
 APELLIDOS Y NOMBRE: _____
 TIPO DE CONTRATO: _____
 SITUACIÓN LABORAL: _____
 MODALIDAD: _____
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO _____

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 PROFESIONAL: _____
 ESPECIALIDAD: _____
 COMPLEMENTOS: _____ IMPORTE TOTAL: _____
 COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: _____

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 PROFESIONAL: _____
 ESPECIALIDAD: _____
 COMPLEMENTOS: _____ IMPORTE TOTAL: _____
 COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: _____

4. DATOS DE LA MODIFICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO 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 DE TRABAJO O PLAZA Y FORMA DE OCUPACIÓN

FORMA DE OCUPACIÓN: _____
 MODALIDAD: _____
 VÍNCULO CON EL PUESTO: _____ OCUPADO _____ RESERVADO

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO

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

Lo que se traslada para su conocimiento y efectos

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha |
| EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

Lugar y fecha

El/La

Fdo.:



MINISTERIO / ORGANISMO / ENTE

L.22.R

ANOTACIÓN DE LA HABILITACIÓN/REVOCACIÓN PARA SOLICITUD DE CERTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

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

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE CONTRATO:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:
 GRUPO PROFESIONAL RECONOCIDO NO COINCIDENTE CON EL DEL PUESTO

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

3. DATOS DE LA HABILITACIÓN

FECHA DE INICIO DE LA HABILITACIÓN
 PROCEDIMIENTO PARA EL QUE SE HABILITA:
 LEGISLACIÓN APLICADA:
 OBSERVACIONES / OTROS DATOS:

4. DATOS DE LA REVOCACIÓN

FECHA DE FIN DE LA HABILITACIÓN:

Lugar y fecha
 El/La

Fdo.:

| |
|---|
| REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL |
| Cumplimentado lo establecido en el art. 13 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal. |
| Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA |
| Fdo.: |

ANEXO 2

Tablas de códigos para informar los destinos del personal que pasa a otra Administración

| | |
|----|--|
| LO | Administración Local. |
| DI | Diputación. |
| AY | Ayuntamiento. |
| CA | Cabildo Insular. |
| PJ | Consejo General del Poder Judicial. |
| AJ | Órganos de la Administración de Justicia. |
| SS | Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. |
| PV | Comunidad Autónoma del País Vasco. |
| CE | Ciudad de Ceuta. |
| ME | Ciudad de Melilla. |
| NA | Comunidad Foral de Navarra. |
| AN | Comunidad Autónoma de Andalucía. |
| AR | Comunidad Autónoma de Aragón. |
| AS | Principado de Asturias. |
| CL | Comunidad Autónoma de Castilla y León. |
| CM | Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. |
| CN | Comunidad Autónoma de Cantabria. |
| CT | Comunidad Autónoma de Cataluña. |
| CV | Comunidad Valenciana. |
| EX | Comunidad Autónoma de Extremadura. |
| GA | Comunidad Autónoma de Galicia. |
| IB | Comunidad Autónoma de Illes Balears. |
| IC | Comunidad Autónoma de Canarias. |
| LR | Comunidad Autónoma de La Rioja. |
| MD | Comunidad de Madrid. |
| MU | Región de Murcia |

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

10627 *CORRECCIÓN de errores de la Orden SCO/3664/2004, de 11 de noviembre, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1599/1997, de 17 de octubre, sobre productos cosméticos.*

Publicada en el DOCE corrección de errores de la Directiva 2004/88/CE de la Comisión, de 7 de septiembre de 2004, por la que se modifica la Directiva 76/768/CEE del Consejo, relativa a los productos cosméticos, para adaptar su anexo III al progreso técnico, se hace preciso modificar la Orden de transposición, quedando la columna d) de los números de referencia 96 y 97 del Anexo III, 1.^a parte, como sigue:

| | Columna d) |
|--|---|
| 96. Almiczcle de xileno (n.º CAS 81-15-2) | a) 1,0 % en perfumes. b) 0,56 % en aguas de colonia. c) 0,03 % en otros productos. |
| 97. Almiczcle de cetona (número CAS 81-14-1) | a) 1,4 % en perfumes. b) 0,56 % en aguas de colonia. c) 0,042 % en otros productos. |

10628 *CORRECCIÓN de errores de la Orden SCO/544/2005, de 8 de marzo, por la que se modifican los anexos II y III y se establece el contenido del anexo IX del Real Decreto 1599/1997, de 17 de octubre, sobre productos cosméticos.*

Publicada en el DOCE, corrección de errores de la Directiva 2004/93/CE de la Comisión, de 21 de septiembre de 2004, por la que se modifica la Directiva 76/768/CEE del Consejo, relativa a los productos cosméticos, para adaptar sus anexos II y III al progreso técnico, se hace preciso modificar la Orden de transposición, quedando como sigue:

En el número de referencia 663:

Donde dice:

663. (2RS,3RS)-3-(2-clorofenil)-2-(4-fluorofenil)-[[1H-1,2,4-triazol-1-il)-metil]oxirano (n.º CAS 106325-08-0)

Debe decir:

663. (2RS,3RS)-3-(2-clorofenil)-2-(4-fluorofenil)-[[1H-1,2,4-triazol-1-il)-metil]oxirano (n.º CAS 133855-98-8)

En el número de referencia 1073:

Donde dice:

1073. Clordano, puro (n.º CAS 57-74-9)

Debe decir:

1073. Clordano (n.º CAS 57-74-9)

En el número de referencia 1107:

Donde dice:

1107. Amarillo 14 solvente (n.º CAS 842-07-9)

Debe decir:

1107. C.I. Amarillo 14 solvente (n.º CAS 842-07-9)

En el número de referencia 1127:

Donde dice:

1127. Lanás minerales, excepto las especialmente expresadas en este anexo; [Fibras vítreas artificiales (silicato) con orientación aleatoria cuyo contenido ponderado de óxido alcalino y óxido de tierra alcalina (Na₂O + K₂O + CaO + MgO + BaO) sea superior a 18 % en peso] (n.º CE 406-230-1)

Debe decir:

1127. Lanás minerales, excepto las especialmente expresadas en este anexo; [Fibras vítreas artificiales (silicato) con orientación aleatoria cuyo contenido ponderado de óxido alcalino y óxido de tierra alcalina (Na₂O + K₂O + CaO + MgO + BaO) sea superior a 18 % en peso].

En el número de referencia 1128:

Donde dice:

1128. Productos de reacción de acetofenona, formaldehído, ciclohexilamina, metanol y ácido acético

Debe decir:

1128. Productos de reacción de acetofenona, formaldehído, ciclohexilamina, metanol y ácido acético (n.º CE 406-230-1)

En el número de referencia 1131:

Donde dice:

1131. Bis(7-acetamido-2-(4-nitro-2-oxidofenilazo)-3-sulfonato-1-naftolato)cromato(1-) de trisodio