

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

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

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





Mº / Org:

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

DE UNA PARTE

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

Y DE OTRA EL INTERESADO, CUYOS DATOS

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

Lugar y Fecha:

EL / LA CONTRATADO/A,

Fdo.:

Fdo.:

**DATOS PERSONALES**

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

**DATOS DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS**

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

**DATOS DEL PUESTO / DESTINO**

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

**DATOS ECONÓMICOS**

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

**ACTIVIDADES RETRIBUIDAS EN OTROS ENTES PÚBLICOS O PRIVADOS**

EL INTERVENTOR DELEGADO,

Ejerce otras actividades en este u otro Ente Público o privado: SI  NO 

MODELO 3c/r – SEGUNDA HOJA

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

**CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO**

**CLÁUSULAS PARTICULARES Y OBSERVACIONES**

Fecha:

EL / LA CONTRATADO/A

Fdo:

Fdo:



Mº / Org:

L.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:	NRP:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
SITUACIÓN LABORAL:		
MODALIDAD:		

**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 / ACTIVIDAD:		
ESPECIALIDAD:		
COMPLEMENTOS:	IMPORTE TOTAL:	
COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO:	OTROS C.:	JORNADA:

**3. DATOS DE LA BAJA**

FECHA DE LA BAJA:	
CAUSA DE LA BAJA:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	
NUEVA SITUACIÓN LABORAL (en su caso):	
ADMINISTRACIÓN DE DESTINO:	
PROVINCIA:	LOCALIDAD:

**4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

**5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

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

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

**1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

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

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

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

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

**4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--------------

**5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

--------------

Lugar y fecha:  
El / La

Fdo.:

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







Mº / Org:

L.6.R

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

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

**1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**3. DATOS DEL RECONOCIMIENTO**

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

**4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--------------

**5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

--------------

Lugar y fecha:  
El / La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

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

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



Mº / Org:

L.7.R

## ANOTACIÓN DE TITULACIÓN O CURSO DE FORMACIÓN

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

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

## 3. DATOS DE LA TITULACIÓN

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

## 4. DATOS DEL CURSO DE FORMACIÓN

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

## 5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--------------

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

**L.8.R****ANOTACIÓN DE PREMIO, CONDECORACIÓN O MENCIÓN**

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

**1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**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

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

Fdo.:



Mº / Org:

L.9.R

## ANOTACIÓN DE SANCIÓN

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

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

## 3. DATOS DE LA SANCIÓN

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

## 4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN

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

## 5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

L.10.R

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

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

**1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE EMPLEO**

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

**4. DATOS DE LA ANULACIÓN**

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

**5. DATOS DE LA CANCELACIÓN**

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

**6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

L.11.R

## ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE EMPLEO

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

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

## 3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO

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

## 4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO

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

## 5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

L.12.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:	NRP:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
SITUACIÓN LABORAL:		
MODALIDAD:		

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**3. DATOS DE LA 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

Fdo.:

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



Mº / Org:

L.13.R

## RESOLUCIÓN DE CONCESIÓN DE PRÓRROGA DE CONTRATO

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

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA OCUPADO

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

## 3. DATOS DE LA PRÓRROGA

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

## 4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

## 5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

L.14

**RESOLUCIÓN DE LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL**

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

CONCESIÓN / INICIO   
FINALIZACIÓN   
ANULACIÓN **1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**3. DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL**

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

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

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:	
FECHA	_____

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

FECHA DE FINALIZACIÓN / ANULACIÓN	_____
MOTIVO:	

**6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

**7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

--

Lugar y fecha:  
El / La

Fdo.:



Mº / Org:

L.14.R

## RESOLUCIÓN DE LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

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

CONCESIÓN / INICIO   
FINALIZACIÓN   
ANULACIÓN

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

## 3. DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

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

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

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:	
FECHA	_____

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

FECHA DE FINALIZACIÓN / ANULACIÓN	_____
MOTIVO:	

## 6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

## 7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha:  
El / La

Fdo.:

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



Mº / Org:

L.16.R

## MODIFICACIÓN POR APLICACIÓN DE NUEVO CONVENIO

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

### 1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

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

### 2. DATOS DEL ANTERIOR CONVENIO

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

### 3. DATOS DEL NUEVO CONVENIO

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

### 4. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

### 5. DATOS DE LA MODIFICACIÓN

FECHA DE EFECTOS
DISPOSICIÓN APLICADA:

### 6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

### 7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:





Mº / Org:

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

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

**1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

**2. DATOS ANTERIORES DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**3. DATOS ACTUALES DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**4. DATOS DE LA MODIFICACIÓN DEL PUESTO O PLAZA**

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

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

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

**6. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO**

--

Lo que se traslada para su conocimiento y efectos

Lugar y fecha:  
El / La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

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

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



Mº / Org:

L.23.R

**CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAL O FIN DE RELACIÓN DE SERVICIOS**

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

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

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

**1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

**2. DATOS DEL CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAL**

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

**3. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS**

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

**4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

**5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO**

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

L.24.R

## COMUNICACIÓN RELATIVA A LA RESERVA DE PUESTO DE TRABAJO O DESTINO

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

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

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

## 2. DATOS DEL ANTERIOR PUESTO DE TRABAJO O DESTINO RESERVADO

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

## 3. DATOS DEL NUEVO PUESTO DE TRABAJO O DESTINO RESERVADO

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

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

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

## 5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

F.8.R

## RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN DE TRIENIO

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

## 1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

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

## 3. DATOS DEL TRIENIO

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

## 4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

## 5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

F.12.R

**ANOTACIÓN DE SANCIÓN**

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

**1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO**

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

**3. DATOS DE LA SANCIÓN**

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

**4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN**

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

**5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



Mº / Org:

F.13.R

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

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

**1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO**

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

**3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE FUNCIONES**

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

**4. DATOS DE LA ANULACIÓN**

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

**5. DATOS DE LA CANCELACIÓN**

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

**6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

Lugar y fecha:  
El / La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

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

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



Mº / Org:

F.14.R

## ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

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

## 1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

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

## 3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

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

## 4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

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

## 5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha:  
El / La

Fdo.:

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



UNIVERSIDAD

UN

F.8.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN DE TRIENIO

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

**1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO**

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

**3. DATOS DEL TRIENIO**

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

**4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

**5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.12.R

## ANOTACIÓN DE SANCIÓN

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

## 1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

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

## 3. DATOS DE LA SANCIÓN

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

## 4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN

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

## 5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



UNIVERSIDAD	UN
-------------	----

<b>F.13.R</b>	<b>ANOTACIÓN DE ANULACIÓN DE SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE FUNCIONES O ANOTACIÓN DE CANCELACIÓN DE SANCIÓN</b>
---------------	--

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

**1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A**

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	NRP:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: <span style="float: right;">□</span>		
CUERPO O ESCALA:		GRUPO/SUBGRUPO: <span style="float: right;">□□</span>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:		<span style="float: right;">□□</span>
MODALIDAD:		<span style="float: right;">□□</span>

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO**

DENOMINACIÓN:	<span style="float: right;">□□□□□□□□</span>
UNIVERSIDAD:	<span style="float: right;">□□□□</span>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<span style="float: right;">□□□□</span>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<span style="float: right;">□□□□</span>
DEPARTAMENTO:	<span style="float: right;">□□□□</span>
DEDICACIÓN:	<span style="float: right;">□□□□</span>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<span style="float: right;">□□</span>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<span style="float: right;">□□□□</span>
PROGRAMA DE GASTOS:	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: <span style="float: right;">NIVEL □□</span>

**3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE FUNCIONES**

FECHA DE IMPOSICIÓN:	<span style="float: right;">□□□□□□□□</span>
SANCIÓN IMPUESTA / SUSPENSIÓN DE FUNCIONES	<span style="float: right;">□□</span>
DURACIÓN (en su caso)	AÑOS <span style="float: right;">□□</span> MESES <span style="float: right;">□□</span> DIAS <span style="float: right;">□□</span>
FECHA DE EFECTOS	DESDE <span style="float: right;">□□□□□□□□</span> HASTA <span style="float: right;">□□□□□□□□</span>

**4. DATOS DE LA ANULACIÓN**

FECHA DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA	<span style="float: right;">□□□□□□□□</span>
CAUSA DE LA ANULACIÓN:	
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	
DISPOSICIÓN APLICADA.	

**5. DATOS DE LA CANCELACIÓN**

FECHA DE RESOLUCIÓN/EFECTOS	<span style="float: right;">□□□□□□□□</span>
CAUSA DE LA CANCELACIÓN:	
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	
DISPOSICIÓN APLICADA.	

**6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.14.R

## ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

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

## 1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

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

## 3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

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

## 4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

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

## 5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.10.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN DE TRIENIO

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

**1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**3. DATOS DEL TRIENIO**

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

**4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

**5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



UNIVERSIDAD	UN
-------------	----

<b>LD.6.R</b>	<b>ANOTACIÓN DE SANCIÓN</b>
---------------	-----------------------------

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

**1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**3. DATOS DE LA SANCIÓN**

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

**4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN**

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

**5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

Lugar y fecha:  
El / La

Fdo.:

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



UNIVERSIDAD

UN

LD.7.R

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

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

**1. DATOS DEL TRABAJADOR/A**

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

**2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA**

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

**3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN DE EMPLEO**

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

**4. DATOS DE LA ANULACIÓN**

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

**5. DATOS DE LA CANCELACIÓN**

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

**6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.8.R

## ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE EMPLEO

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

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

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

## 2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

## 3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO

TIPO DE FALTA:	_
FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
TIPO DE SUSPENSIÓN:	_
DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN (en su caso)	AÑOS  _ _  MESES  _ _  DÍAS  _ _
FECHA DE EFECTOS	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 / O INTERPOSICIÓN DE RECURSO	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

## 4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha:  
El / La

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

Fdo.: