

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

- 9119** *Corrección de errores de la Resolución de 28 de septiembre de 2016, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se modifican diversos modelos registrales para la inscripción y anotación de actos administrativos y otros actos de gestión de personal en el Registro Central de Personal.*

Advertido error en la publicación del anexo de la Resolución de 28 de septiembre de 2016, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se modifican diversos modelos registrales para la inscripción y anotación de actos administrativos y otros actos de gestión de personal en el Registro Central de Personal, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» número 238, de 1 de octubre de 2016, se procede a su corrección:

En los modelos registrales aparece en la cabecera la letra «A» teniendo que ser sustituida por el escudo institucional.

Se procede de nuevo para su publicación.



Mº / Org:

DESER

RESOLUCIÓN POR LA QUE SE DEJA SIN EFECTO UN ACTO ADMINISTRATIVO Y SOLICITUD DE ACTUACIÓN EN EL REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

En aplicación del artículo 109 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se deja sin efecto el acto administrativo cuyos datos se detallan a continuación:

Tipo de documento registral:

Fecha de efectos del acto:

Fecha de firma del documento:

Datos del funcionario/a o trabajador/a:

NIP:

D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:

N.R.P.:

Apellidos y nombre

De acuerdo con el artículo 16 del Reglamento del Registro Central de Personal, modificado por el Real Decreto 2073/1999, de 30 de diciembre, se solicita:

CANCELACIÓN de la anotación registral correspondiente ALMACENAMIENTO PROTEGIDO del documento registral Se adjunta copia del documento correspondiente al acto administrativo de referencia Se adjunta documentación adicional

OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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.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. ACCIONES 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.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: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

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

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

| | |
|----------------------------|-------|
| FECHA DE LA INCORPORACIÓN: | _____ |
| FORMA DE OCUPACIÓN: | ____ |
| MODALIDAD: | ____ |
| SITUACIÓN LABORAL: | ____ |
| MODALIDAD: | ____ |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. ACCIONES 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.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: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

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

| | | | |
|------------------------------------|------|------------------|----------|
| 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 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. ACCIONES QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha:
El / La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

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

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



Mº / Org:

L.5.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN DE TRIENIO

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

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

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

| | |
|--|----------------|
| FECHA DE VENCIMIENTO | _____ |
| NÚMERO DE TRIENIOS | ____ |
| FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS: | _____ |
| COMPLEMENTO PERSONAL DE ANTIGÜEDAD: | 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. ACCIONES 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: | | |
| 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 DEL RECONOCIMIENTO

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

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. ACCIONES 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.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. ACCIONES 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.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. ACCIONES 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 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: | | ____ |
| 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. ACCIONES 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. ACCIONES 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.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: | CATEGORÍA / ACTIVIDAD: |
| ESPECIALIDAD: | |

3. DATOS DEL NUEVO CONVENIO

| | |
|--------------------|------------------------|
| CONVENIO: | ÁREA FUNCIONAL: |
| GRUPO PROFESIONAL: | 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: | 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. ACCIONES 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.17.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 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 OCUPADO

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

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 / ANULACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA

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

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. ACCIONES 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.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. ACCIONES QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO

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

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.1.R

BAJA

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias, 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: | | |
| FIGURA DOCENTE: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

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

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 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 BAJA

| | |
|--------------------------------------|--|
| FECHA DE LA BAJA | |
| CAUSA DE LA BAJA | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |
| NUEVA SITUACIÓN LABORAL (en su caso) | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. ACCIONES QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha:
El / La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

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

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.2.R

INCORPORACIÓN A PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias, 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: | | |
| FIGURA DOCENTE: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

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

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 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 INCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

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

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. ACCIONES QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha:
El / La

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

Fdo.:



| | |
|-------------|----|
| UNIVERSIDAD | UN |
|-------------|----|

| | |
|---------------|--|
| LD.3.R | RESOLUCIÓN DE CONCESIÓN DE PRÓRROGA |
|---------------|--|

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: | | |
| 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 CONCESIÓN DE PRÓRROGA

| | |
|--------------------------------|-------|
| FECHA DE INICIO DE LA PRÓRROGA | _____ |
| FECHA DE FIN DE LA PRÓRROGA: | _____ |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

5. ACCIONES QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha:
El / La

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

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.4.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: | NRP: |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: | | |
| FIGURA DOCENTE: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

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

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 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 DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA OCUPADO EN QUE CAUSA ALTA

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 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: |

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 DE OCUPACIÓN: | |
| DISPOSICIÓN APLICADA: | |

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

6. ACCIONES QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha:
El / La

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

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.5.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: | | |
| 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 JUBILACIÓN

| | |
|---|--|
| FECHA DE JUBILACIÓN: | |
| TIPO DE JUBILACIÓN | |
| AÑOS DE SERVICIO O PERIODO DE COTIZACIÓN: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | |
| AUTORIDAD QUE DECLARA LA JUBILACIÓN: | |

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

5. ACCIONES QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

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

Lugar y fecha:
El / La

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

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.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: | | |
| 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 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 | _____ |
| MOTIVO: | |

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

7. ACCIONES 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.: |



UNIVERSIDAD

UN

LD.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: | | |
| FIGURA DOCENTE: | | |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| MODALIDAD: | | |

2. DATOS DEL ANTERIOR CONVENIO

| | |
|----------------------|--|
| CONVENIO: | |
| CATEGORÍA / FUNCIÓN: | |

3. DATOS DEL NUEVO CONVENIO

| | |
|----------------------|--|
| CONVENIO: | |
| CATEGORÍA / FUNCIÓN: | |

4. 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: |

5. DATOS DE LA MODIFICACIÓN

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

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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

7. ACCIONES 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.:



MINISTERIO / UNIVERSIDAD

MODELO 1DR
(Docentes)
INSCRIPCIÓN DE FUNCIONARIO:
 DE CARRERA EN PRÁCTICAS INTERINO

A LOS EFECTOS DE PROCEDER A LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 71 DEL REAL DECRETO LEGISLATIVO 5/2015, DE 30 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DEL ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO, SE COMUNICA LA INFORMACIÓN RELATIVA AL FUNCIONARIO CUYOS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS QUE OBRAN EN SU EXPEDIENTE CUSTODIADO EN ESTA UNIDAD.

Lugar y Fecha:

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"/> | | <input type="text"/> | | <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 MES AÑO | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | | Localidad | | | | |
| PROVINCIA O EXTRANJERO | | | | | PAÍS O LOCALIDAD | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | <input type="text"/> | | | | |

DATOS DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|--|--|
| FECHA DE NOMBRAMIENTO | | | FECHA DE EFECTOS | | | FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL BOE | | |
| DÍA MES AÑO | | | DÍA MES AÑO | | | DÍA MES AÑO | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| FECHA FIN (sólo para Funcionario Interino) | | Nº ORDEN P.S. | | CAUSA / MODALIDAD | | | | |
| DÍA MES AÑO | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | |
| CUERPO O ESCALA | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | |
| FORMA DE ACCESO | | | | TÍTULO ACADÉMICO APORTADO | | | | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA | | | | MODALIDAD DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA | | | | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | |

DATOS DEL PUESTO / DESTINO

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|------------------------------|--|--|--|
| UNIDAD ORGÁNICA / UNIVERSIDAD | | | | | | NIVEL C.D. | |
| <input type="text"/> | | | | | | <input type="text"/> | |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO (sólo docentes universitarios) | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO DOCENTE (sólo docentes universitarios) | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| CENTRO DOCENTE DE DESTINO | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| DEDICACIÓN (sólo docentes universitarios) | | | | | | (sólo docentes universitarios) | |
| <input type="text"/> | | | | | | PLAZA VINCULADA <input type="checkbox"/> | |
| PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE | | | | LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE | | | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | |

ACTIVIDADES RETRIBUIDAS EN OTROS ENTES PÚBLICOS O PRIVADOS

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ejerce otras actividades en este u otro Ente Público o privado: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|



Mº / Org:

MODELO 1/R
INSCRIPCIÓN DE FUNCIONARIO:
 DE CARRERA EN PRÁCTICAS

A LOS EFECTOS DE PROCEDER A LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 71 DEL REAL DECRETO LEGISLATIVO 5/2015, DE 30 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DEL ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO, SE COMUNICA LA INFORMACIÓN RELATIVA AL FUNCIONARIO CUYOS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS QUE OBRAN EN SU EXPEDIENTE CUSTODIADO EN ESTA UNIDAD.

Lugar y Fecha:

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"/> | | <input type="text"/> | | <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"/> | | | | DIA MES AÑO | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | | Localidad | | | | |
| PROVINCIA O EXTRANJERO | | | | | PAÍS O LOCALIDAD | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | <input type="text"/> | | | | |

DATOS DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|----------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|----------------------|--|--|
| FECHA DE NOMBRAMIENTO | | | FECHA DE EFECTOS | | | FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL BOE | | | N. ORDEN P.S. | | |
| DIA MES AÑO | | | DIA MES AÑO | | | DIA MES AÑO | | | <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| CUERPO O ESCALA | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| ESPECIALIDAD | | | | | | FORMA DE ACCESO | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | <input type="text"/> | | | | | |
| TÍTULO ACADÉMICO APORTADO | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA | | | | | | MODALIDAD DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | <input type="text"/> | | | | | |

DATOS DEL PUESTO / DESTINO

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|--|--|---------------------------------------|---|--|----------------------|--|--|--|
| NÚM. DEL PUESTO DE TRABAJO | | DENOMINACIÓN | | | | NIVEL C.D. | | C. ESPECÍFICO | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | <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"/> | | | | | |

OBSERVACIONES / OTROS DATOS

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



Mº / Org:

MODELO 2/R

INSCRIPCIÓN DE :

FUNCIONARIO **PERSONAL**
INTERINO **EVENTUAL**

A LOS EFECTOS DE PROCEDER A LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 71 DEL REAL DECRETO LEGISLATIVO 5/2015, DE 30 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DEL ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO, SE COMUNICA LA INFORMACIÓN RELATIVA AL EMPLEADO CUYOS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS QUE OBRAN EN SU EXPEDIENTE CUSTODIADO EN ESTA UNIDAD.

Lugar y Fecha:

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"/> | | <input type="text"/> | | <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"/> | | | | <table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </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"/> | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | Localidad | | | | | | | | | | | | |
| PROVINCIA O EXTRANJERO | | | PAÍS | | | PAÍS O LOCALIDAD | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | |

DATOS DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS

| CAUSA MODALIDAD | | FORMA DE ACCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|-----|---|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|-----|-----|-----|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|-----|-----|-----|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE NOMBRAMIENTO | | FECHA DE EFECTOS | | FECHA DE FIN DE NOMBRAMIENTO (en su caso) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </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"/> | <table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </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"/> | <table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIA | MES | ANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIA | MES | ANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUERPO O ESCALA / FUNCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TÍTULO ACADÉMICO APORTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATOS DEL PUESTO / DESTINO

| | | | | | | | |
|---|--|----------------------|--|---|--|----------------------|--|
| NÚM. DEL PUESTO DE TRABAJO | | DENOMINACIÓN | | NIVEL C.D. | | C. ESPECÍFICO | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <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"/> | | | |

ACTIVIDADES RETRIBUIDAS EN OTROS ENTES PÚBLICOS O PRIVADOS

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

OBSERVACIONES / OTROS DATOS



Mº / Org:

MODELO 3/R

INSCRIPCIÓN DE PERSONAL LABORAL

A LOS EFECTOS DE PROCEDER A LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 71 DEL REAL DECRETO LEGISLATIVO 5/2015, DE 30 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DEL ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO, SE COMUNICA LA INFORMACIÓN RELATIVA AL EMPLEADO CUYOS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS QUE OBRAN EN SU EXPEDIENTE CUSTODIADO EN ESTA UNIDAD.

Lugar y Fecha:

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"/> | | <input type="text"/> | | <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"/> | | | | DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | Localidad | | | | | |
| PROVINCIA O EXTRANJERO <input type="text"/> | | | | PAÍS <input type="text"/> | | PAÍS O LOCALIDAD <input type="text"/> | | | |

DATOS DE LA RELACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|
| FECHA DE INICIO/EFEITOS DEL CONTRATO | | | FECHA DE FIN DE CONTRATO (en su caso) | | | TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS | | |
| DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | | | DIA <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"/> | | | | DIA <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"/> | | | | |

OBSERVACIONES

| | | |
|-----------------------------------|--|---------------|
| POR RESOLUCIÓN DE FECHA: / / | | |
| EN EJECUCIÓN DE LA SENTENCIA DE : | | DE FECHA: / / |
| SE RECONOCE EL DERECHO DE: | | |

ACTIVIDADES RETRIBUIDAS EN OTROS ENTES PÚBLICOS O PRIVADOS

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ejerce otras actividades en este u otro Ente Público o privado: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|