

ANEXO

DECLARACIÓN DE CARGAS FAMILIARES (Programa de Fomento de la Contratación Indefinida):

APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR CONTRATADO:

NIF/NIE

	GRADO DE PARENTESCO (*)	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF/NIE	FECHA NACIMIENTO	DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33 %	PERCIBE PRESTACIÓN/ PENSION CONTRIBUTIVA O ASISTENCIAL	TRABAJA
A					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
F					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
G					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

(*) Se consideran familiares a cargo siempre que convivan con el solicitante y así conste en el certificado de convivencia o documento que acredite la misma emitido por la corporación local del municipio en el que se reside, al cónyuge, hijos menores de veintiséis años, mayores incapacitados o menores acogidos.

TRABAJADOR/A CONTRATADO/A

Firma

Fdo: