# CERTIFICADO DE LA OFICINA DE EMPLEO DE ACREDITATIVO DE LA OFERTA DE EMPLEO PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Como Director/a de la Oficina de Empleo de **CERTIFICA**

1º Que D/Dña con NIF/CIF en representación legal de la empresa , con el número de inscripción en la Seguridad Social , actividad económica de la empresa y con domicilio social en , localidad , teléfono , presentó con fecha la/las siguiente/es ofertas de empleo , solicitando trabajadores con discapacidad con las siguientes ocupaciones y requisitos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº****OFERTA** | **CÓDIGO****OCUPACIÓN** | **OCUPACIÓN** | **OTROS****REQUISITOS** | **Nº TRABAJADORES** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

2º Que de los puestos solicitados han quedado sin cubrir:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CÓDIGO****OCUPACIÓN** | **OCUPACIÓN** | **Nº TRABAJADORES** | **Causa de no cobertura de la oferta (1)** |
|   |   |   | Elija un elemento. |
|   |   |   | Elija un elemento. |
|   |   |   | Elija un elemento. |
|   |   |   | Elija un elemento. |
|   |   |   | Elija un elemento. |

1. Indicar las causas siguientes:
	1. Inexistencia de demandantes de empleo con discapacidad inscritos en la ocupación solicitada con los requisitos solicitados.
	2. Rechazo de la oferta de empleo por el trabajador/a por no estar interesado/a en las condiciones de trabajo ofrecidas en la oferta de empleo.
	3. La empresa no considera adecuados a los candidatos enviados.

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES:** |
| (Indicar causa, ocupación y número de trabajadores) |

LA DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE EMPLEO

*(Documento firmado electrónicamente)*