

DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL PERCEPTOR

Zonas sombreadas a completar por la Administración

D.N.I / N.I.F.		Fecha Nacimiento	
Localidad Nac.		Provincia Nac.	
Apellidos y Nombre			
Número de Afiliación a la Seguridad Social			
Dirección			
Localidad		Provincia	
Código Postal		Teléfono	

CÓDIGOS BANCARIOS PARA EL PAGO DE HABERES

IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

Destino Adjudicado	
Especialidad	
Titulación que posee	

¿Ha ejercido anteriormente en esta provincia? SI ___ NO ___
 ¿Está acogido al plan de pensiones de la D.G.A? SI ___ NO ___ ¿Qué cantidad?
 (Si desea pertenecer, solicite HOJA DE ADHESIÓN)

En _____, a _____ de _____ de _____
 (firma)

DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Fecha de alta		Fecha de baja	
Relación Administrativa		Código de centro	
Código de cuerpo		Jornada que realiza	
Seguridad Social		Grupo	

DOCUMENTO ACREDITATIVO DE INCORPORACIÓN AL CENTRO

Para hacer constar que D. _____, funcionario/a
interino con destino adjudicado en el Centro Docente _____ de
se ha personado en el mismo, en la fecha ___/___/_____

_____, a _____ de _____ de _____

(firma)

FDO:

DNI:

Cargo:

D./Dña. _____,

con D.N.I. _____

A efectos de ser nombrado/a funcionario/a interino/a del Departamento de Educación, Cultura y Deporte de la Diputación General de Aragón, en el Cuerpo de Centro Docente o Servicio Educativo
Localidad del Centro _____

DECLARA BAJO JURAMENTO/PROMETE

Marcar a la izquierda [X] donde corresponda

[X] Que no padece enfermedad, ni se halla afectado/a por limitación física o psíquica alguna que le impida el ejercicio de la función docente.

[X] Que no ha sido separado/a del servicio activo de ninguna de las Administraciones Públicas y no ha sido inhabilitado para el ejercicio de las funciones públicas.

[X] Que a efectos de lo previsto en la legislación vigente sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, no viene desempeñando ningún puesto o actividad en el sector público ni realiza actividades privadas incompatibles o que requieran reconocimiento de incompatibilidad. Tampoco recibe pensión de jubilación, retiro u orfandad por derechos pasivos o por cualquier régimen de Seguridad Social.

[X] Manifiesta que reúne los requisitos específicos establecidos por las disposiciones vigentes para desempeñar el puesto de profesor/a interino/a arriba citado. La no acreditación de estos requisitos ante la Administración educativa conllevará la nulidad del nombramiento, así como las exigencias de las responsabilidades administrativas a que hubiera lugar.

[X] Que conoce las características del puesto que se le ofrece desempeñar y acepta voluntariamente, en su caso, la realización de itinerancias. El incumplimiento de la realización de la itinerancia es motivo de cese en el puesto de trabajo.

En _____, a _____ de _____ de _____

(Fecha y firma)

ANEXO II

MODELO PARA LA CITACIÓN RECONOCIMIENTO MÉDICO DE INICIO / ACCESO DOCENTE (HUESCA)

Departamento	Organismo Autónomo	Servicio/Unidad
EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTE		
Centro de Trabajo	Dirección del Centro	Localidad y Provincia

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	D.N.I.
Categoría, Cuerpo y Especialidad	Puesto de Trabajo	Tfno. Trabajo	Tfno. Particular

Funcionario	Laboral	Estatuario
Manifiesta consentimiento	Manifiesta su renuncia	Fecha:
Manifiesta tener reconocida Minusvalía / Discapacidad (3) SI ___ NO ___	Manifiesta tener reconocida Incapacidad Permanente(3) SI ___ NO ___	Firma:

CITACIÓN(1)

Órgano de la Administración que realiza la citación			
SERVICIO PROVINCIAL DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTE			
Dirección			
Localidad		Provincia	
Email:	Teléfono		

TIPOS DE RECONOCIMIENTO (2)					
DOCENTE	Extinción de Incendios	Manipulación de cargas	Neuropatías por presión	Movimientos Repetitivos EE.SS.	Aldehídos / Disolventes
Posturas forzadas	Dermatitis	Trabajo en alturas	Plaguicidas	Ruido	Mani. de alimentos
PVD	Citostáticos	R. Ionizantes	Oxido etileno	P. Químicos	Gases anestésicos
Turnicidad	TBC	Plomo	Respiratorio	Biol. Sanitarios	Biol. Guarderías
Biológicos Centros de Educación especial					Otros:

Fecha Reconocimiento Médico		Hora Reconocimiento Médico	
Localidad del Centro Médico			
Servicio de Prevención propio		Sello del Servicio de Prevención Ajeno	
(edu.prlsalud@aragon.es) Ámbito de Educación, Cultura y Deporte			
(esprl@aragon.es) Ámbito de Administración General			

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo
145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF: Apellidos y Nombre: Año de nacimiento:

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento 1
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas 2
 NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)
- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, etc.) 3
 (Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de minusvalía reconocido)

Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:
 Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente auto liquidación del Impuesto sobre la Renta

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)			Cómputo por entero de hijos o descendientes	
		Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una 'X' la/s casilla/s que correspondan a su situación.			En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una 'X' esta casilla.	
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)			Convivencia con otros descendientes	
		Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una 'X' la/s casilla/s que correspondan a su situación.			Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellena esta casilla).	
Año de nacimiento		Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013. Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una 'X' esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

..... de de

Firma del perceptor:

Fdo.: D./D.ª

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad:
 acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

..... de de

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Fdo.: D./D.ª

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de los mismos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para la empresa o entidad pagadora

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR EL CERTIFICADO RECOGIDO EN EL ARTÍCULO 13.5 DE LA L.O. 1/1996, DE 15 DE ENERO, DE PROTECCIÓN JURÍDICA DEL MENOR.

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO		NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
NACIONALIDAD		N.I.F. ó N.I.E.			
DOMICILIO		POBLACIÓN			
PROVINCIA Y LOCALIDAD DE NACIMIENTO					

AUTORIZO SÍ
 NO *

(marque con una x lo que corresponda)

* En caso de no autorizar deberá solicitarlo y entregarlo personalmente en el Servicio Provincial correspondiente.

Que el Departamento de Educación, Cultura y Deporte, solicite en mi nombre el certificado al que se refiere el artículo 13.5 de la L.O. 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor ante la Gerencia Territorial de la Administración de Justicia en Aragón.

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

DIRECTOR/A CENTRO _____
 DIRECTOR/A SERVICIO PROVINCIAL DE _____ DEL
 DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE.