ANEXO VII.C RELACION DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD EN PLANTILLA POR MENSUALIDAD

C.C.C en que figura dado de alta															
Centro de trabajo en el que presta sus servicios															
Causa de las Incidencias															
Días sin Incidencias															
Tiene la paga extra prorrateada															
Causa de la baja															
Fecha baja contrato															
Fecha inicio contrato															
Identificador del Contrato															
Código contrato)															
Categoría Profesional															
Jornada en base 1000															
Duración Contrato															
Tipo Discap.															
% Discap.															
Fecha vencimiento resolución discap.															
Fecha certificado discap.															
Provincia															
Localidad															
Domicilio															
Número Afiliación Seguridad Social															
Fecha de nacimiento															
Sexo (V/M)															
Nombre															
2º Apellido															
1º Apellido (1)															
NIF/NIE															
Mensualidad															

Castilla-La Mancha