Govern de les
Illes Balears
Conselleria de Treball,
Funció Pública i Diàleg Social

ANEXO B1
RELACIÓN NOMINAL DE LOS TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD QUE INTEGRAN LA PLANTILLA

Nombre y apellidos	*DNI*	*Edad*	*Núm. de afiliación a la Seguridad Social*	*Tipo de discapacidad*			*Puesto de trabajo*
				Intelectual	*Física*	*Sensorial*	

**En caso de presentar una subvención por costes salariales, en la primera solicitud se hará constar que dicha documentación obra en poder del Departamento de Relaciones Laborales.*

Pl. de Son Castelló, 1
Polígon de Son Castelló
07009 Palma
Tel. 971 17 76 01
www.caib.es