

## DECLARACIÓN RESPONSABLE OPCIONAL<sup>1</sup>

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, en calidad de representante legal de la entidad \_\_\_\_\_ con CIF \_\_\_\_\_ y domicilio social en \_\_\_\_\_,

### DECLARA

1. Que el porcentaje de trabajadores con discapacidad dentro del total de la plantilla de la empresa es del \_\_\_\_\_ (indicar porcentaje).
2. Que el porcentaje de mujeres trabajadoras dentro del total de la plantilla de la empresa es del \_\_\_\_\_ (indicar porcentaje).

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

*(Firma de la entidad mediante certificado digital válido)\**

\* Si la firma se realiza con certificado digital de persona física y no con certificado digital de la entidad (persona jurídica), será necesario que se aporten los documentos que acrediten la representación.

<sup>1</sup> En caso de no aportar la información requerida sobre los criterios de desempate junto con la solicitud será no subsanable, aplicándose una puntuación de cero puntos.