**ANEXO V**

**DECLARACIÓN DEL NÚMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD**

D. …………………………………………………………………………………………..

como ………………………………………………………………………………….……

de la Empresa ……………………………………………………………………………..

**DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD**, tener un total de trabajadores en plantilla de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabajadores.

Que tiene en plantilla \_\_\_\_\_\_\_\_ trabajadores con discapacidad:

 [ ]  superior al 2%.

 [ ]  igual o inferior al 2%.

Que el porcentaje de trabajadores con discapacidad en su plantilla es del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%.

(Lugar, fecha, firma representante legal y sello de la empresa)