**PROGRAMA I.**
**PLAN DE EMPLEO SOCIAL DE EXTREMADURA**
**ANEXO II (CONTINUACIÓN)**
**CERTIFICACIÓN DE INICIO DE LAS CONTRATACIONES (TRABAJADORES)**

| Expediente | Entidad Local | C.I.F. |
|---|---|---|
| | | |

| NUM ORDEN ([1]) | NOMBRE Y APELLIDOS | DNI/NIF | FECHA NACIMIENTO | FECHA INICIO CONTRATO | FECHA FIN CONTRATO ([2]) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

En _____ , a _____ de _____ de 20____.

El/La Secretario/a de la entidad de la entidad local y sello:

Fo.: _____

[1] Número de orden: En caso de trabajador sustituto, se le asignará el mismo número de orden que al trabajador al que sustituye.
[2] Se cumplimentará sólo en el caso de que, a fecha de certificación, se haya producido la extinción del contrato