

“DOMICILIO Y HORARIOS DONDE DESARROLLARA TAREAS EL BENEFICIARIO DEL PROGRAMA POR MI”

IMPORTANTE: Una vez completo deberá ser remitido o entregado en la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo. En **Av. Juan B Justo 3600, B° Gral. Bustos, Córdoba Capital CP 5001**

RECUERDE QUE ESTE FORMULARIO ES DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA AL INICIO DEL ENTRENAMIENTO POR PARTE DE LAS EMPRESAS PARA LA COBERTURA DE ART (MODALIDAD ENTRENAMIENTO) Y SUPERVISIONES.

1. DATOS DE LA EMPRESA

CUIT:	Razón Social:
--------------	----------------------

2. DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre:
CUIL:

3. DOMICILIO DE LA PRÁCTICA

Responsable de contacto			
Calle:			N°
Localidad:	CP:	E-mail:	
Tel:() -	CELULAR:() -		

4. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA A REALIZAR:

5. DÍAS Y HORARIOS DE LA PRÁCTICA

(Completar 20 horas semanales para beneficiarios por modalidad Entrenamiento)

TURNO	DÍAS Y HORARIOS													
	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
M														
T														

Datos del apoderado o representante de la empresa y sello

Firma:

Aclaración:

D.N.I.:

IMPORTANTE: Es obligación de la empresa o empleador informar el cambio de horario y/o domicilio en los que el beneficiario realiza la práctica porque:

* Si el beneficiario está por ENTRENAMIENTO, la ART cubre al mismo en el horario y lugar informado. Además, en ese horario y domicilio se realizarán las supervisiones correspondientes.

* Si el beneficiario está por Contrato por Tiempo Indeterminado (CTI), en el horario y domicilio informado se realizarán las supervisiones y controles correspondientes.