

AVISO DE BAJA DE BENEFICIARIOS

PROGRAMA "POR MI"

1. Datos de la Empresa solicitante

CUIT:	Razón Social:
Tel:() -	Cel:() -

2. Datos del Beneficiario que se quiere dar de baja (Obligatoria debe indicar CUIL o DNI al menos uno)

Apellido y Nombre:	
CUIL:	DNI:

3. Motivo del pedido de baja (marque con una cruz):

<input type="checkbox"/>	El beneficiario nunca se presentó al Entrenamiento	<input type="checkbox"/>	El beneficiario dejó de asistir o presentó la renuncia
<input type="checkbox"/>	La empresa cerró o quebró	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Otro motivo (Por favor especificar la causal)		

4. Fecha en que se produjo la baja (marque con una cruz):

<input type="checkbox"/>	Desde el ____ / ____ / ____ (1)	<input type="checkbox"/>	Nunca se presentó a trabajar
--------------------------	------------------------------------	--------------------------	------------------------------

El abajo firmante declara conocer las reglamentaciones vigentes del Programa Por Mi. Los datos contenidos en la solicitud tienen carácter de declaración jurada y están protegidos por el secreto estadístico.

<p><u>Datos del apoderado o representante de la empresa y sello</u></p> <p>Firma: _____</p> <p>Aclaración: _____</p> <p>D.N.I.: _____</p>

IMPORTANTE: El beneficio de los programas es para las personas que realizan su Entrenamiento en el marco de los mismos, con el fin de facilitarles la inserción en el mercado laboral. Por tanto, para continuar en el programa, los beneficiarios pueden presentar un Formulario de Cambio de Empresa. Mientras tanto, estarán suspendidos en el programa lo cual implica que no se les abonará el pago del beneficio hasta tanto se les autorice el cambio de empresa y cumplan con el entrenamiento en una nueva empresa. Asimismo, no se les abonarán los meses que no hacen prestación por más que continúen dentro del presupuesto provincial.

En caso de beneficiarios asignados en la modalidad Contrato por Tiempo Indeterminado (CTI), se debe tener en cuenta que el vínculo laboral está regulado por la Dirección de Conciliación y Arbitraje del Ministerio de Trabajo, o la delegación del Ministerio de Trabajo correspondiente a cada localidad.

(1) Se debe indicar la fecha en que se produjo la baja por parte de la empresa, o desde que el beneficiario dejó de asistir al entrenamiento.

**ENTREGAR PERSONALMENTE O POR CORREO POSTAL A:
AV JUAN B JUSTO 3600 – B° GRAL BUSTOS - CP 5001 – CORDOBA**