

FORMULARIO CAMBIO DE EMPRESA

EL BENEFICIARIO NO PODRÁ COMENZAR SU ENTRENAMIENTO EN LA NUEVA EMPRESA SI NO ESTÁ AUTORIZADO POR EL PROGRAMA. PODRÁ CONSULTAR SU ESTADO Y NOTIFICARSE EN LA PÁGINA WEB DEL PROGRAMA

RECUERDE QUE LA NUEVA EMPRESA DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA Y DISPONER DE CUPO PARA SU ACEPTACIÓN.

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

1. Datos Personales del Beneficiario

Apellido y Nombre:	
CUIL:	DNI:

1. a. Motivo del cambio de empresa (2) (marque con una cruz):

<input type="checkbox"/> La empresa me despidió o me dio de baja	<input type="checkbox"/> La empresa cerró o quebró	<input type="checkbox"/> Presenté una denuncia por problemas laborales
<input type="text"/> Explique el motivo del cambio:		

2. Datos que debe completar la Nueva Empresa

CUIT:	Razón Social:	
Domicilio Legal:		
Nº		
Localidad:	CP:	E-mail:
Tel:() -	CELULAR:() -	
Domicilio de la Práctica: Responsable de Contacto:		Nº
Localidad:	CP:	E-mail:
Tel:() -	CELULAR: () -	
Cantidad de empleados permanentes a la fecha del tramite (1)		
(1) Debe adjuntar copia del F931 con la cantidad de empleados último declarado a la fecha ante AFIP.		

3.a. Nuevos días y horarios de la práctica (completar 20 horas semanales)

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

3.b. Modalidad en la que va a incorporar al beneficiario (marque con una cruz):

<input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO	<input type="checkbox"/> CTI (Se formaliza un Contrato laboral por Tiempo Indeterminado con el beneficiario reglamentado por la legislación vigente)
---	---

Los abajo firmantes declaran conocer las reglamentaciones vigentes de los Programas de Empleo y se comprometen a cumplimentar los requisitos estipulados en los mismos. Los datos contenidos en la solicitud tienen carácter de declaración jurada y están protegidos por el secreto estadístico.

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

<u>Firma del beneficiario</u>
Aclaración: _____

IMPORTANTE: El beneficiario NO debe dejar su entrenamiento en la empresa de origen hasta tanto se le notifique la autorización del cambio de empresa. Sólo podrá dejar de trabajar en caso de baja, renuncia o denuncia por problemas laborales en curso, y quedarán como suspendidos en los programas, sin percibir el beneficio por los meses no trabajados.