

## “DOMICILIO Y HORARIOS DONDE DESARROLLARA TAREAS EL BENEFICIARIO DEL PROGRAMA PILA

**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

<b>CUIT:</b>	<b>Razón Social:</b>
--------------	----------------------

### 2. DATOS DEL BENEFICIARIO

<b>Apellido y Nombre:</b>
<b>CUIL:</b>

### 3. DOMICILIO DE LA PRÁCTICA

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

### 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.

\* Los menores de edad solo pueden cumplir horarios entre las 8 y las 20hs de lunes a viernes y sábado de 8 a 13hs.