

FORMULARIO DE CORRECCION Y/O MODIFICACIÓN DE DATOS

IMPORTANTE: Una vez completo deberá ser remitido o entregado en la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo. (Av. Juan B Justo 3600 – B° Gral. Bustos – Cordoba Capital CP 5001)

DATOS PARA IDENTIFICAR SU SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y/O MODIFICACION DE DATOS

APELLIDO/S: _____

NOMBRE/S: _____

DNI: _____

Programa Por Mí

MARQUE CON UNA CRUZ (X) SOLO EL CAMPO DE DATOS QUE DESEA MODIFICAR

DATOS PERSONALES. A continuación, escriba **SOLO** el dato correcto en el campo indicado arriba por Ud.

*** En caso de corregir Nombre, Apellido y/o DNI adjuntar fotocopia del DNI**

Nombres *	
Apellidos *	
Tipo Documento*	
Numero Documento *	
CUIL	
Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	
Calle	
Numero	
Piso	
Departamento	
Monoblock/ Torre	
Parcela / Manzana	
Barrio	
Localidad	
Departamento	
Código Postal	
Teléfono Fijo y Celular	
Correo Electrónico	

DATOS DE ESCOLARIDAD ACTUAL:

NOMBRE DE INSTITUCIÓN (ESCUELA): _____

AÑO QUE CURSA: _____

NIVEL: (marque con un círculo el número)

- 1 Inicial 8. Especial
- 2 Primaria 5. Terciaria
- 3 Secundaria 6. Universitaria

7 Formación Profesional en Oficios:

NOMBRE INSTITUCION, ONG: _____

TEMA DEL CURSO: _____

Fecha de Inicio: ____/____/____ Duración en meses: _____

DATOS DE DISCAPACIDAD

CUPOS ESPECIALES			
Declaro tener discapacidad		1.-SI	2.-NO
TIPO DE DISCAPACIDAD:			
Motora	1 <input type="checkbox"/>	Sensorial	3 <input type="checkbox"/>
Mental	2 <input type="checkbox"/>	Psicológica	4 <input type="checkbox"/>
Otra	5 <input type="checkbox"/>	Cuál?	

GRUPO FAMILIAR

Vinculo	Apellido y Nombre	Tipo Doc	Numero Documento																		

Tipo doc	Vinculo
1 - DNI	1- Padre
2- CI	2- Madre
3- Pasaporte	3- Hermano/a
	4- Otros fliares
	5- Otros no fliares

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

- ENTRENAMIENTO (Incluye un seguro de ART y no establece una relación laboral con el Capacitador/Empresa)
- CONTRATO POR TIEMPO INDETERMINADO.** Contrato por Tiempo Indeterminado. Una vez que la empresa recibe la notificación del beneficiario, inscribe al mismo como personal registrado. (Debe presentar Alta Temprana a la Secretaría y descuenta el aporte del Gobierno Provincial del recibo de sueldo del beneficiario).

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.

Firma del postulante Aclaración: _____ Teléfono de Contacto _____
