

PROGRAMA PRIMER PASO - PRIMER PASO APRENDIZ 2018-2019

TRAMITE TOTALMENTE GRATUITO

TRAMITE TOTALMENTE GRATUITO

COMPLETA EL POSTULANTE (todos los espacios indicados)									
Nombre:					Apellido:			Sexo: 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>	
CUIL		Tipo de Documento		Número		Fecha de Nacimiento		Teléfono	
- -		DNI / CI / PAS						()	
Domicilio									
Calle:				Número:		Dpto.:		Piso	
Monoblock	Parcela	Manzana	C. Postal	Barrio		Localidad		Departamento	
Correo Electrónico: _____									
Escolaridad					Cupos Especiales				
Estudia: 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO					Declaro tener discapacidad o estar trasplantado: 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO				
1. <input type="checkbox"/> Inicial					8. <input type="checkbox"/> Especial				
2. <input type="checkbox"/> Primaria (o EGB)					5. <input type="checkbox"/> Terciaria				
3. <input type="checkbox"/> Secundaria (Polimodal)					6. <input type="checkbox"/> Universitaria				
7. <input type="checkbox"/> Curso de formación en oficios					Tipo de discapacidad:				
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA:					1. <input type="checkbox"/> Motora				
NOMBRE DEL CURSO/CARRERA:					4. <input type="checkbox"/> Psicológica				
					2. <input type="checkbox"/> Mental				
					3. <input type="checkbox"/> Sensorial				
					6. <input type="checkbox"/> Cuál? _____				
* En caso de tener discapacidad deberá adjuntar certificado oficial (Ley 22.431 y 24.901) acreditando dicha condición. Los transplantados deberán adjuntar Certificado Médico Oficial.									
DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE						REFERENCIAS			
Tipo de doc.	Número de documento	Apellido y Nombre			Vínculo	Tipo de doc.	Vínculo	1- Padre	
						1- DNI	2- Madre		
						2- CI	3- Hermano/a		
						3- Pasaporte	4- Otros		
							5- Otros no familiares		
							6- Hijos		
							7- Nieto/a		
							8- Cónyuge		
COMPLETA LA EMPRESA - El Postulante debe buscar una empresa									
Nombre de la empresa como figura inscripta en Afip - no usar nombre de fantasía									
CUIT: - -					CÓDIGO DE ACTIVIDAD (Código CIU AFIP) _____				
RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA/EMPLEADOR: _____									
Teléfono: _____					Cantidad de personal permanente registrado en la Pcia. de Córdoba a la fecha _____ (SEGÚN DDJJ AFIP)				
Aportes mensuales que realizará la empresa por beneficiario (indicar con una cruz la alternativa elegida por la empresa):									
<input type="checkbox"/> De 1 a 15 empleados \$1.000; hasta 80 empleados \$1.500; más de 80 empleados \$1.800.									
<input type="checkbox"/> Cofinanciamiento especial \$2.500									
Realizar el pago a la Cuenta Corriente Bancor: 928-0040098704 - CBU:0200928901000040098747 - CUIT:30-71511956-7									
Informar el pago por correo electrónico a pagos.empleo@cba.gov.ar									
Domicilio legal de la empresa: Calle: _____ Nro: _____ Dpto: _____ Piso: _____									
Departamento: _____			Localidad: _____			CP: _____		REFERENTE CONTACTO: _____	
Correo Electrónico: _____ CEL.(0 _____) 15 _____									
MODALIDAD DE INCORPORACIÓN A LA EMPRESA (Marque con una cruz la opción que corresponda)									
ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/> (Incluye un seguro de ART y no establece una relación laboral con el Capacitador/Empresa)									
CTI/CTD <input type="checkbox"/> Podrán incorporarse bajo la modalidad CTI o CTD siempre que el vencimiento sea igual o posterior a la finalización del programa. 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).									
Lugar y Fecha: _____									
ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA QUE SE DETALLAN AL DORSO DE ESTA SOLICITUD.									
Firma del Postulante			Firma y sello del representante legal de la Empresa			STICKER DE ENTRADA			

REQUISITOS NECESARIOS

- El postulante debe tener entre 16 y 24 años cumplidos al momento del inicio del entrenamiento y estar desempleado
- Los que asistan al sistema educativo cualquiera sea su nivel y modalidad y/o a un curso de capacitación en Oficios serán inscriptos al *PPP Aprendiz*, los postulantes restantes al *PPP*.

RECOMENDACIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- No serán aceptados quienes hayan sido beneficiarios del PPP y PPP Aprendiz en períodos anteriores por más de tres meses, excepto las personas con discapacidad.
- No debe ser beneficiario de otros programas de empleo nacional, provincial o municipal.
- Sólo se aceptarán empresas o empleadores privados con número de CUIT y al menos 1 empleado registrado en relación de dependencia. Sin empleados solo para localidades con población menor a 5000 habitantes del NOC. Están expresamente excluidos los Organismos Públicos.
- Se receptorán en las Mesas de Entradas del Gobierno (SUAC), CEDERs o se podrá remitir este formulario a través de Correo OCASA, sin abonar franqueo.
- Recordar que para la modalidad CTI/CTD, el empresario deberá dar el Alta Temprana en AFIP al beneficiario adjudicado, previo a su incorporación a la empresa.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

- Llenar con letra imprenta, clara y legible en tinta.
- En caso de no conocer el N° de CUIL, solicitarlo en la delegación de ANSES más cercana.
- Si el titular de la empresa no está disponible para firmar, lo deberá hacer únicamente el representante legal de la misma, colocando el sello aclaratorio.

ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA

- Los datos consignados en el presente formulario revisten carácter de declaración jurada y están amparados por el secreto estadístico.
- El Programa tendrá vigencia desde el inicio del entrenamiento hasta 31/10/2019.
- En caso de salir sorteado con el beneficio y previo a iniciar la práctica laboral, la empresa deberá presentar el formulario de horarios.
- El postulante declara ser desocupado. Así mismo postulante y empresa/empleador declaran conocer el programa, y se comprometen a cumplimentar las obligaciones que en el mismo se estipulan.
- Autorizo al Gobierno de la Provincia de Córdoba a que los datos consignados sean verificados con cruzamiento de información y se realicen publicaciones oficiales al respecto.
- Así mismo, para el caso de resultar beneficiario, autorizo expresamente al Banco de la Provincia de Córdoba para debitar fondos y/o cierre de la cuenta bancaria asignada en virtud del presente Programa, y reintegrar a la Autoridad de Aplicación los montos que, por demora en la información sobre la falta de cumplimiento de los requisitos del mismo, no me correspondieren, liberando a dicha entidad bancaria de toda responsabilidad por tal operatoria.

¡IMPORTANTE!
TODA INFORMACIÓN SOBRE RESULTADO DEL SORTEO Y NOTIFICACIONES A BENEFICIARIOS Y EMPRESAS, SE PODRÁ CONSULTAR POR LA PÁGINA WEB DEL PROGRAMA
<http://programasdeempleo.cba.gov.ar/ppp>

**Para consultas y mayor información comunicarse al teléfono
0351- 4322916/17/32/40/41**

**O dirigirse a Av. Juan B. Justo 3600 - B° Gral. Bustos. CP 5000,
Córdoba Capital.**

RESPUESTA POSTAL PAGA

OCASA 

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
SECRETARÍA DE EQUIDAD Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO

AV. JUAN B JUSTO 3600
B° GENERAL BUSTOS
5000 CÓRDOBA

EL FRANQUEO SERA
PAGADO POR
EL DESTINATARIO