

## **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  PPP  PPPA  PILA

**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 Oficinos:**

NOMBRE INSTITUCION, ONG: \_\_\_\_\_

TEMA DEL CURSO: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Duración en meses: \_\_\_\_\_

**DATOS DE DISCAPACIDAD**

<b>CUPOS ESPECIALES</b>			
Declaro tener discapacidad		1.-SI	2.-NO
<b>TIPO DE DISCAPACIDAD:</b>			
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 _____
---