

## FORMULARIO DE 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 el formulario podrá presentarse a través del formulario Multinota de CiDi. Ingresar a CIDI y en el buscador colocar "Trámite multinota", seleccionar GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (iniciar Online).

Apellido y Nombre:	
CUIL:	DNI:

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

La empresa me despidió o me dio de baja

La empresa cerró o quebró

Presenté una denuncia por problemas laborales

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 trámite (1)			
(1) Debe adjuntar copia del F931 con la cantidad de empleados último declarado a la fecha ante AFIP.			
(2) En caso de no contar con empleados bajo relación de dependencia debe presentar constancia de inscripción de AFIP.			

### DATOS BANCARIOS

NOMBRE DEL BANCO CON EL QUE OPERA																			
NUMERO DE CUENTA																			
CBU																			

Cuenta Corriente

Caja de ahorro

### 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):

#### ENTRENAMIENTO

**CTI** (Se formaliza un Contrato laboral por Tiempo Indeterminado con el beneficiario reglamentado por la legislación vigente)

**Firma del beneficiario**

**Aclaración:** \_\_\_\_\_

**Datos del apoderado o representante de la NUEVA empresa y sello**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_

**D.N.I.:** \_\_\_\_\_

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.

**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.

Juan B Justo 3600 – Whatsapp 3515749267 – [empleyformacion.cba.gov.ar](http://empleyformacion.cba.gov.ar)