

COMPLETA EL POSTULANTE

Nombre:				Apellido:				Sexo:				Hijos/Hijas							
								1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/>				Sí <input type="checkbox"/> No <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				Tipo de discapacidad:				1. <input type="checkbox"/> Motriz				4. <input type="checkbox"/> Psiquiátrica			
2. <input type="checkbox"/> Primaria (o EGB)				5. <input type="checkbox"/> Terciaria								2. <input type="checkbox"/> Mental				5. <input type="checkbox"/> Otra			
3. <input type="checkbox"/> Secundaria (Polimodal)				6. <input type="checkbox"/> Universitaria								3. <input type="checkbox"/> Sensorial				6. <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
7. <input type="checkbox"/> Curso de formación en oficios																			
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA:								* En caso de tener discapacidad deberá adjuntar certificado oficial (Ley 22.431 y 24.901) acreditando dicha condición. En caso de ser trasplantado, adjuntar certificado expedido por el INCUCAI.											
NOMBRE DEL CURSO/CARRERA:																			

COMPLETA LA EMPRESA - El beneficiario debe buscar una empresa

Nombre de la empresa como figura inscripta en Afip - no usar nombre de fantasía

CUIT : | | | - | | | | | | | | | | - | | CODIGO 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 DE LA EMPRESA

Aportes mensuales que realizará la empresa por beneficiario:
de 0 a 10 empleados: 33% por cada persona beneficiaria. Entre 11 a 80 empleados 48% por cada persona beneficiaria. Más de 80 empleados el 60% por cada persona beneficiaria.

Domicilio legal de la empresa: Calle: _____ Nro: _____ Dpto: _____ Piso: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ CP: _____ REFERENTE CONTACTO: _____

Correo Electrónico: _____ CEL (0 _____) 15 _____

ADHESIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO EN COFINANCIACIÓN

Nombre del banco con el que opera: _____

Número de cuenta: _____

CBU: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cuenta Corriente Caja de ahorro

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

TRAMITE TOTALMENTE GRATUITO

REQUISITOS PARA LAS EMPRESAS

- Estar inscriptos regularmente en los organismos nacionales, provinciales y municipales de carácter tributario y de la Seguridad Social.
- Podrán no tener empleados, debiendo revistar como Monotributistas categoría C en adelante, o Trabajadores Autónomos categoría II o superiores.
- El cupo total autorizado para las Empresas y Empleadores Privados, incluyendo todos los Programas de Empleo del Ministerio de Empleo y Formación Profesional, no podrá superar los siguientes toques:
- Monotributistas Categoría "C" en adelante: 1 Beneficiaria.
- Trabajadores Autónomos categoría II ó superiores: 1 Beneficiaria.
- 1 empleado registrado: 1 Beneficiaria.
- Entre 2 y 5 empleados registrados: 2 Beneficiarias.
- Entre 6 y 10 empleados registrados: 3 Beneficiarias.
- Entre 11 y 20 empleados registrados: 4 Beneficiarias.
- Los que tengan más de 20 empleados registrados en AFIP: 20% de beneficiarios sobre su planta de personal (los decimales se redondean para arriba).
- No cuentan para el cupo la incorporación de beneficiarias con discapacidad, trasplantadas, participantes de programas de recuperación de adicciones, libertad asistida y similares.

RECOMENDACIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Para poder presentar el formulario debera tener **CiDi nivel 2**.

1. Ingresar a **CiDi** → <https://cidi.cba.gov.ar/>
2. En el buscador, poner "**Trámite Multinota**"
https://fid.cba.gov.ar/ee-fid-multinota/multinota/#/form/FID/MNOTA_OTRO
3. Elegir la opción "**Trámite Multinota - Gobierno de la Provincia de Córdoba**"
4. En el segundo paso llamado "**Trámite**", seleccionar como repartición el "**Ministerio de Empleo y Formación Profesional**" y en el asunto colocar "**XMÍ**".
5. En el paso "**Anexos**", adjuntar escaneado o foto del formulario de inscripción. Es importante que se vea bien y estén todos los datos completos y legibles, de lo contrario no se podrá analizar.
6. Para finalizar el trámite, verificar los datos y hacer click en "**Confirmar**". Se te va a generar un **número de sticker** que sirve para hacer el **seguimiento** del tramite.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

- Completar 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 de carácter de declaración jurada y están amparados por el secreto estadístico.
- 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 y notificaciones a beneficiarios y empresas, podrá consultarla en <https://programasempleo.cba.gov.ar/>

empleoyformacion.cba.gov.ar