



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:										
TÍTULO					Cupos Especiales					
Nombre del Título					Declaro tener discapacidad o estar trasplantado: 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO					
Nombre Institución Otorgante					Tipo de discapacidad:					
<input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Educación Superior					1. <input type="checkbox"/> Motora 4. <input type="checkbox"/> Psicológica					
					2. <input type="checkbox"/> Mental 5. <input type="checkbox"/> Otra					
					3. <input type="checkbox"/> Sensorial 6. <input type="checkbox"/> Cuál? _____					
Código (uso interno)		Fecha de Egreso								
¿ESTÁ REALIZANDO O VA A REALIZAR UNA CAPACITACIÓN CON UNA CARGA HORARIA NO MENOR A 100 HORAS MIENTRAS PERCIBE LA ASIGNACIÓN ESTÍMULO?										
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? .....										
					* En caso de tener discapacidad deberá adjuntar certificado oficial (Ley 22.431 y 24.901) acreditando dicha condición. Los trasplantados deberán adjuntar Certificado Médico Oficial					
DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE				REFERENCIAS						
Tipo de doc.	Número de documento	Apellido y Nombre		Vínculo	Tipo de doc.		1- Padre			
							2- Madre			
					1- DNI		3- Hermano/a			
					2- CI		4- Otros			
					3- Pasaporte		5- Otros no familiares			
							6- Hijos			
							7- Nieto/a			
							8- Cónyuge			

COMPLETA LA EMPRESA - El Postulante debe buscar una empresa									
<b>Nombre de la empresa como figura inscripta en Afip - no usar nombre de fantasía</b>									
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)					
<b>Aportes que realizará la empresa por beneficiario: Hasta 15 empleados \$1500; De 16 a 80 empleados \$2250; Más de 80 empleados \$3000</b> <b>Realizar el pago a la Cuenta Corriente Bancor: 928-0040098704 - CBU:0200928901000040098747 - CUIT:30-71511956-7</b> <b>O con débito automático, con un descuento del 10%, enviando el formulario "Opción pago cofinanciamiento por débito automático"</b> <b>Informar el pago por correo electrónico a <a href="mailto:pagos.empleo@cba.gov.ar">pagos.empleo@cba.gov.ar</a> o <a href="mailto:pagosempleo@gmail.com">pagosempleo@gmail.com</a></b>									
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									
Entrenamiento o modalidad CTI (Contrato por Tiempo Indeterminado) - CTD (Contrato por Tiempo Determinado), en las condiciones consignadas en <a href="http://equidadyempleo.cba.gov.ar">equidadyempleo.cba.gov.ar</a> .									
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		

TRAMITE TOTALMENTE GRATUITO

**REQUISITOS NECESARIOS**

- El Programa PIP está destinado a profesionales de ambos sexos, sin límite de edad que hayan egresado hasta 2 (dos) años antes de las prácticas previstas en el programa.
- Para las mujeres con hijos, el tiempo transcurrido desde su egreso, podrá ser de hasta 4 (cuatro) años de graduadas.
- Para las personas con discapacidad o trasplantadas, no hay límite de años respecto a la fecha de egreso.
- El programa alcanza a todos los egresados de universidades públicas y privadas con título de grado y los egresados de instituciones de Educación Superior con reconocimiento oficial.
- Es compatible con la Asignación Universal por Hijo (AUH), la pensión por Discapacidad o cualquier otra pensión no contributiva, pudiendo percibir los dos beneficios.
- Es compatible para el postulante inscripto en el Monotributo Categoría C o como Trabajador Autónomo Categoría I.
- Es compatible con la participación en ediciones anteriores de programas análogos y en el Programa PIP por un periodo de hasta 3 meses (las personas con discapacidad y trasplantadas pueden superar ese plazo).
- Es incompatible para personas que no tengan residencia en la provincia de Córdoba.
- Es incompatible con un empleo en relación de dependencia.
- Es incompatible con la percepción de jubilaciones o pensiones contributivas.
- Es incompatible con las pasantías rentadas de los profesionales universitarios.

**REQUISITOS PARA EMPRESAS**

- Estar inscriptos regularmente como empleadores en AFIP cuando tengan personal en relación de dependencia en las sedes de actividades radicadas en la Provincia de Córdoba.
- Cuando no tengan personal en relación de dependencia, estar inscriptos en el IVA en actividades comerciales o como Monotributistas Categoría D o superior, o Trabajadores Autónomos categoría II o superior.

**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 firma, deberá firmar únicamente el representante legal de la empresa, colocando el sello aclaratorio.

**RECOMENDACIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD**

- Las solicitudes podrán retirarse en las Mesas de Entradas (SUAC) del Gobierno Provincial, en los Centros de Desarrollo Regional (CEDER) de la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo en la ciudad de Córdoba y en el interior provincial.
- El Formulario podrá presentarse en cualquiera de las Mesas de Entradas (SUAC) del Gobierno Provincial, también se podrá remitir a través de Correo del Interior, sin abonar franqueo, a la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo, Av. Juan B. Justo 3600 - B° Gral. Bustos. CP 5000, Córdoba Capital.

**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 el 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 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 COÑSULTAR POR LA PÁGINA WEB DEL PROGRAMA [programasdeempleo.cba.gov.ar](http://programasdeempleo.cba.gov.ar)

**Más información en [equidadyempleo.cba.gov.ar](http://equidadyempleo.cba.gov.ar)**

**Enviar consultas al Whatsapp 3512120516, incluyendo nombre completo y DNI o dirigirse a Av. Juan B. Justo 3600 - B° Gral. Bustos - CP 5000 - Córdoba Capital**

RESPUESTA POSTAL PAGA



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