

Resolución 12/2011

Apruébanse los instrumentos operativos del Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo - Línea de Actividades Asociativas de Interés Comunitario.

Bs. As., 17/6/2011

VISTO el Expediente Nº 1.411.249/10 del Registro del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, las Leyes Nº 22.431, Nº 24.013 y Nº 26.378, la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL Nº 124 del 15 de febrero de 2011, la Resolución de la SECRETARIA DE EMPLEO Nº 877 del 26 de mayo de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que por la Ley Nº 22.431 se instituyó un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, que prevé que el Estado, a través de sus organismos, asistirá a las personas con discapacidad mediante procesos de formación profesional o a través de subsidios destinados a facilitar su actividad laboral.

Que por la Ley de Empleo Nº 24.013 se asignó al MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL competencias para diseñar y ejecutar programas destinados a promover la calificación e inserción laboral de trabajadores con discapacidad y de trabajadores que integran grupos vulnerables o protegidos.

Que por la Ley Nº 26.378 se aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas del día 13 de diciembre de 2006.

Que por el artículo 27 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados Parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones con las demás, ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado laboral que sea abierto, inclusivo y accesible.

Que con tal objeto, los Estados Parte se comprometen a adoptar medidas destinadas a: 1) permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua; 2) alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo; 3) promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias; 4) emplear a personas con discapacidad en el sector público; 5) promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas; 6) promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto, y 7) promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

Que por la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL Nº 124, del 15 de febrero de 2011, se creó el PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA EL EMPLEO con el objeto de asistir a trabajadoras y trabajadores desocupados con discapacidad en el desarrollo de su proyecto ocupacional a través de su participación en actividades que les permitan mejorar sus competencias, habilidades y destrezas laborales, insertarse en empleos de calidad y/o desarrollar emprendimientos independientes.

Que el PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA EL EMPLEO prevé su implementación a través de las siguientes líneas de acción: 1) línea de Actividades Asociativas de Interés Comunitario, que se instrumentará a través de proyectos formulados y ejecutados por

organismos públicos o entidades privadas sin fines de lucro, dirigidos a personas con dificultades funcionales para el desarrollo de tareas operativas por limitaciones mentales, intelectuales, cognitivas o funcionales de carácter sicosociales o psiquiátricas, y 2) la línea de Actividades de Apoyo a la Inserción Laboral, que promoverá la inclusión de trabajadores con discapacidad en prestaciones formativas o de promoción del empleo ejecutadas o impulsadas por este Ministerio, que comprendan acciones de orientación laboral, de apoyo a la búsqueda de empleo, de formación profesional, de certificación de estudios formales, de asistencia al desarrollo de emprendimientos independientes y/o de inserción laboral.

Que por la Resolución de la SECRETARIA DE EMPLEO N° 877, del 26 de mayo de 2011, se aprobó el Reglamento del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO.

Que a efectos de dar aplicabilidad a las previsiones del citado Reglamento, deviene necesario aprobar los instrumentos operativos del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO.

Que el Reglamento del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO prevé, en su artículo 104, que la SUBSECRETARIA DE POLITICAS DE EMPLEO Y FORMACION PROFESIONAL será la encargada de aprobar los instrumentos operativos necesarios para su aplicación hasta tanto se designe al titular de la Dirección de Promoción de la Empleabilidad de Trabajadores con Discapacidad, recientemente creada.

Que encontrándose en trámite la designación del titular de la Dirección de Promoción de la Empleabilidad de Trabajadores con Discapacidad, corresponde a esta Subsecretaría ejercer las atribuciones antes indicadas.

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 104 del Reglamento del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO, aprobado por la Resolución de la SECRETARIA DE EMPLEO N° 877/11.

Por ello,

EL SUBSECRETARIO DE POLITICAS DE EMPLEO Y FORMACION PROFESIONAL

RESUELVE:

Artículo 1° — Apruébanse los instrumentos operativos del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES ASOCIATIVAS DE INTERES COMUNITARIO, que como Anexos forman parte integrante de la presente Resolución y a continuación se detallan:

- 1) ANEXO I - Formulario de Presentación de Proyecto;
- 2) ANEXO II - Formulario de Bajas, Modificaciones, Desvinculaciones y/o Reemplazos.

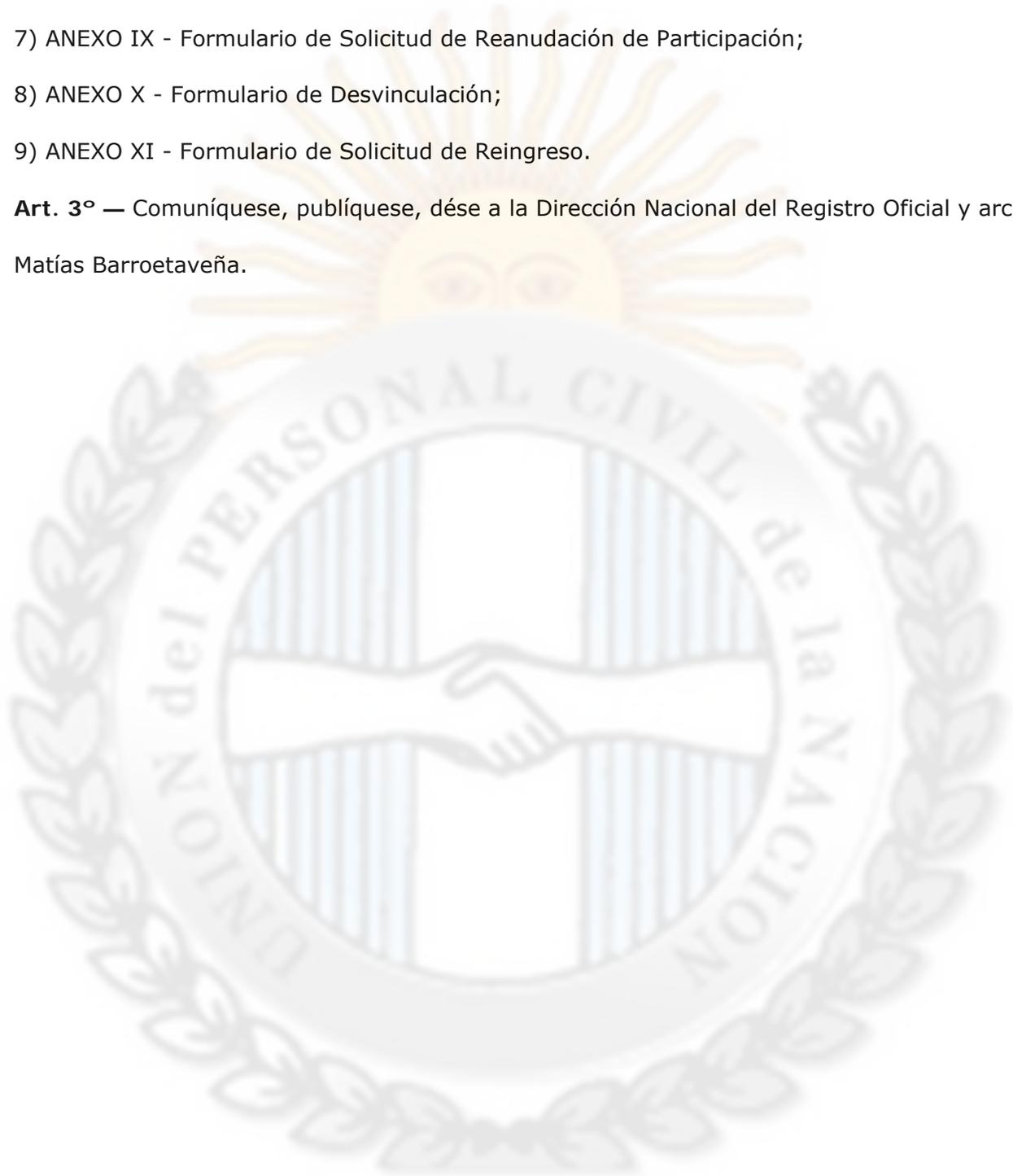
Art. 2° — Apruébanse los instrumentos operativos del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES ASOCIATIVAS DE INTERES COMUNITARIO que como Anexos forman parte integrante de la presente Resolución y a continuación se enumeran:

- 1) ANEXO III - Formulario de Propuesta de Implementación;
- 2) ANEXO IV - Formulario de Adhesión;
- 3) ANEXO V - Formulario de Solicitud de Asignación Estímulo por permanencia en Estudios Formales

- 4) ANEXO VI - Formulario de Solicitud de Incentivo por Aprobación de Estudios Formales;
- 5) ANEXO VII - Formulario de Solicitud de Incentivo por Aprobación de Curso de Formación Profesional
- 6) ANEXO VIII - Formulario de Solicitud de Suspensión de Participación;
- 7) ANEXO IX - Formulario de Solicitud de Reanudación de Participación;
- 8) ANEXO X - Formulario de Desvinculación;
- 9) ANEXO XI - Formulario de Solicitud de Reingreso.

Art. 3º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Matías Barroetaveña.



PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES ASOCIATIVAS DE INTERES COMUNITARIO

FORMULARIO DE PRESENTACION DE PROYECTOS

I. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD PRESENTANTE									
NOMBRE DE LA ENTIDAD									
C.U.I.T. N°				N° DE REGICE					
REPRESENTANTE LEGAL						TIPO Y N° DE DOC.			
DOMICILIO		CALLE						N°	
BARRIO			LOCALIDAD			MUNICIPIO			
PARTIDO/DEPARTAMENTO					PROVINCIA				
VÍAS DE CONTACTO				TELÉFONO			FAX		
CORREO ELECTRÓNICO						C.P.			

II. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO									
DENOMINACIÓN									
FECHA DE INICIO ESTIMADA				DURACIÓN (EN MESES)			CANTIDAD DE PARTICIPANTES		
RESPONSABLE TÉCNICO (ADJUNTAR C.V.)						TIPO Y N° DE DOC.			
DOMICILIO						TELÉFONO			
TUTOR (ADJUNTAR C.V.)						TIPO Y N° DE DOC.			
DOMICILIO						TELÉFONO			
CARGA HORARIA		DIARIA		SEMANAL		DÍAS DE ACTIVIDADES			
LUGAR DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES				CALLE			N°		
LOCALIDAD						C.P.			
EN CASO DE QUE SE REALICEN ACTIVIDADES EN DIFERENTES LOCALIZACIONES, INDICAR:									

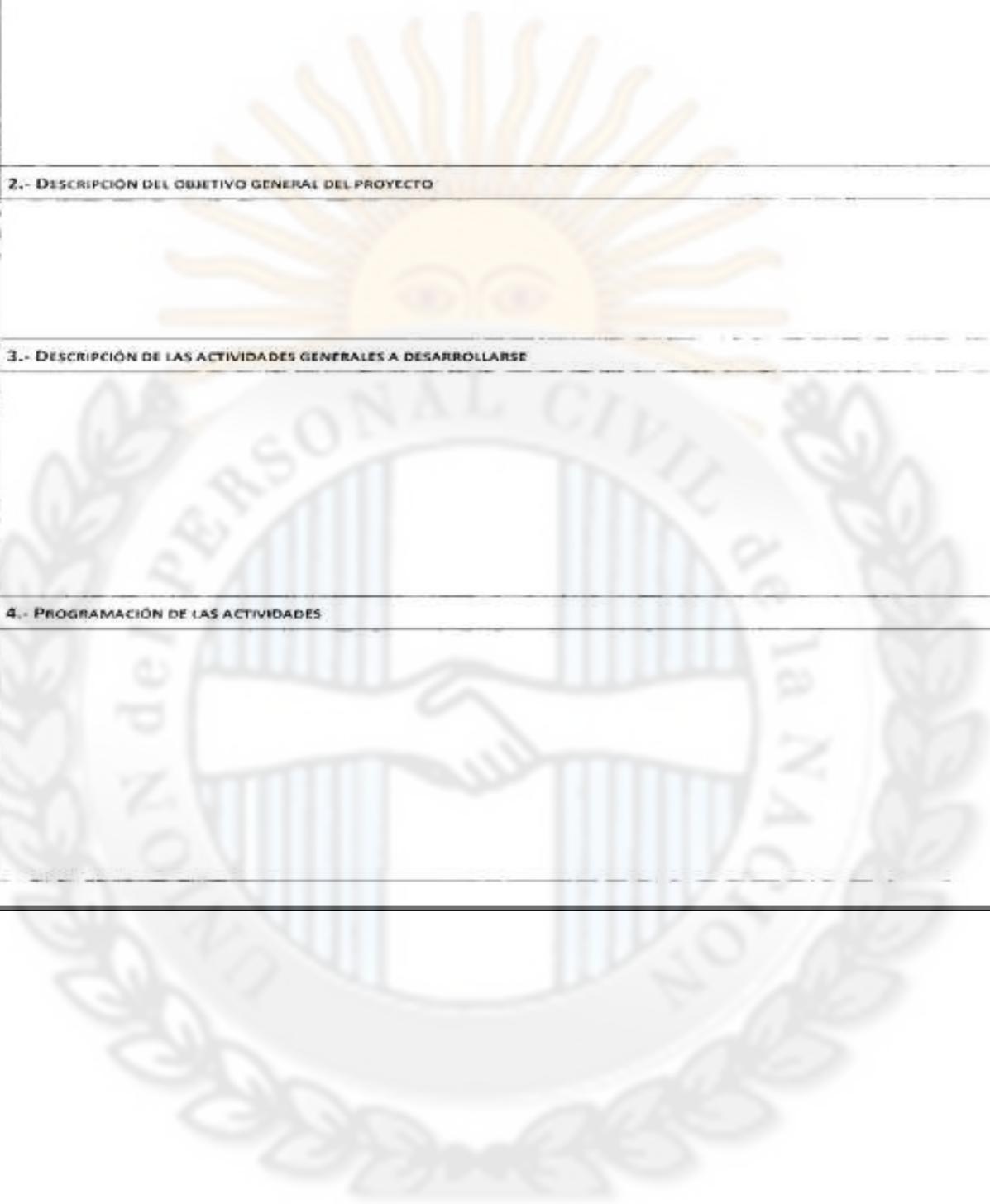
III. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.- DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE PARTICIPANTES

2.- DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO

3.- DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLARSE

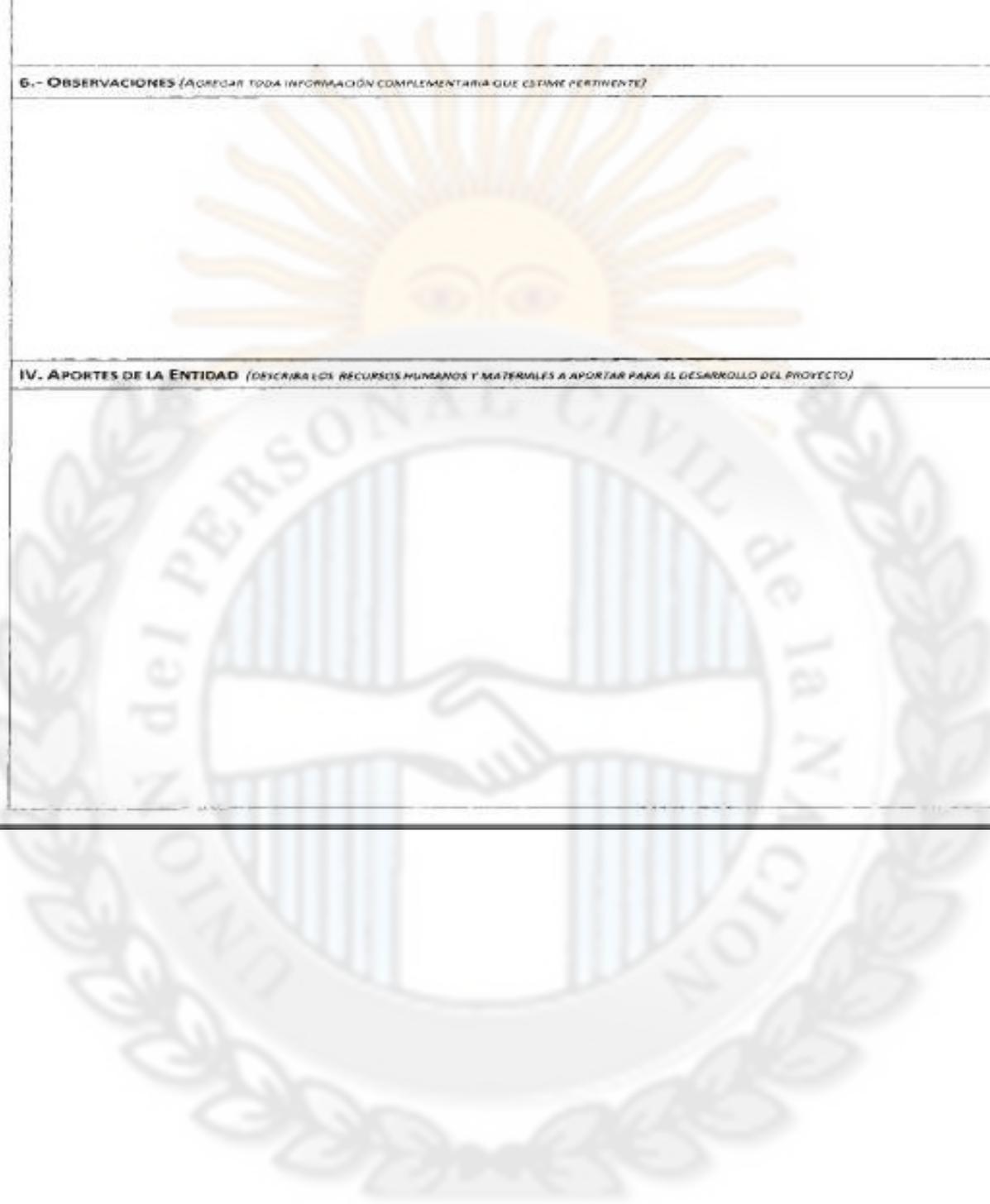
4.- PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES



5.- RESULTADOS ESPERADOS

6.- OBSERVACIONES (AGREGAR TODA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA QUE ESTIME PERTINENTE)

IV. APORTES DE LA ENTIDAD (DESCRIBIR LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES A APORTAR PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO)



VII.- DECLARACION JURADA - COMPROMISO

El/la que suscribe, en mi caracter de Representante Legal de....., manifiesto que la informacion incluida en este formulario es veraz y fidedigna. Asimismo, declaro conocer y aceptar el marco regulatorio del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES ASOCIATIVAS DE INTERES COMUNITARIO, comprometiéndome a cumplir con las obligaciones allí impuestas para los organismos ejecutores.

Las rúbricas de los postulantes que obran en el presente Formulario han sido incorporadas, previa acreditación de identidad, por sus titulares, en presencia del/la suscriptor/a, el/la cual responde por la autenticidad de las mismas.

El presente Formulario y la información en él consignada reviste el carácter de declaración jurada.

Firma _____ Aclaración _____
Tipo y N° de documento _____ Carácter del firmante _____
Lugar _____ y
fecha _____

Nota: Las hojas anteriores del presente formulario deberán ser refrendadas en su margen izquierdo con la firma del representante legal.

PARA COMPLETAR POR LA GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACION LABORAL

N° DE PRESENTACION FECHA DE RECEPCION //

N° DE APROBACION FECHA DE APROBACION //

SELLO DE RECEPCION DE LA GEyCL Y FIRMA DEL AGENTE: _____

ACLARACION: _____

LUGAR Y FECHA: _____

PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES ASOCIATIVAS DE INTERES COMUNITARIO

FORMULARIO DE BAJAS, MODIFICACIONES, DESVINCULACIONES Y/O REEMPLAZOS

El/la que suscribe,.....,D.N.I./ L.E./L.C./ N°.....en mi carácter de Representante Legal de....., C.U.I.T N°....., N° de REGICE....., con domicilio en..... DE LA CIUDAD DE.....PROVINCIA DE....., solicito (*Modificación/Baja y/o Desvinculación y/o Reemplazo de participantes*).....del proyecto N°..... aprobado por la SECRETARIA DE EMPLEO, en el marco del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES ASOCIATIVAS DE INTERES COMUNITARIO, por los montos y conceptos que a continuación se detallan:

I.- DATOS DEL PROYECTO				
DENOMINACIÓN	FECHA DE INICIO	DURACIÓN EN MESES	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	ASISTENCIA ECONÓMICA RECIBIDA (INDICAR MONTO TOTAL)

II.- MODIFICACIÓN DEL PROYECTO (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)		SÍ (.....)	NO (.....)
INDICAR MODIFICACIÓN		INDICAR MODIFICACIÓN	
1.- NUEVA FECHA DE INICIO GENERAL DEL PROYECTO. NUEVA FECHA:/...../.....	2.- CAMBIO DE HORARIO DEL PROYECTO.		
3.- OTRAS MODIFICACIONES (DESCRIBIR).	4.- OTRAS MODIFICACIONES (DESCRIBIR).		

III.- BAJA DEL PROYECTO (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)	SÍ (.....)	NO (.....)
DESCRIBIR EL MOTIVO		

IV.- DESVINCULACIÓN DE PARTICIPANTES (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)					SÍ (.....)	NO (.....)
Nº DE ORDEN	Nº C.U.I.L.	APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	FECHA DE DESVINCULACIÓN DEL PROYECTO	MOTIVO DE DESVINCULACIÓN* (COMPLETAR CON EL Nº DE CÓDIGO)	
1.						
2.						
3.						
4.						

*** CÓDIGOS DE DESVINCULACIÓN**

1. POR DEJAR DE REUNIR LOS REQUISITOS DE INGRESO O PERMANENCIA.
2. POR RENUNCIA DEL PARTICIPANTE COMUNICADA AL ORGANISMO EJECUTOR (DEBERÁ ADJUNTARSE CONSTANCIA ESCRITA RUBRICADA POR EL PARTICIPANTE).
3. POR INCUMPLIMIENTO O CUMPLIMIENTO DEFICIENTE DE LAS ACTIVIDADES COMPROMETIDAS.
4. POR ABANDONO DE LAS ACTIVIDADES.
5. OTROS MOTIVOS. (JUSTIFICAR EN VI.- OBSERVACIONES)

V.- REEMPLAZO DE PARTICIPANTES (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)*					SÍ (.....)	NO (.....)
Nº DE ORDEN	Nº C.U.I.L.	APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	FECHA DE INCORPORACIÓN	FIRMA DEL NUEVO PARTICIPANTE	
1.						
2.						
3.						
4.						

*** LOS REEMPLAZOS SOLO PROCEDERÁN FRENTE A LA PREVIA DESVINCULACIÓN DE UN PARTICIPANTE Y ESTARÁN SUJETOS A LA AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL. EL ORGANISMO DEBERÁ ADJUNTAR COPIA DEL D.N.I., C.U.I.L. Y DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE CADA PERSONA NUEVA QUE DESEA INCORPORAR AL PROYECTO, AUTENTICADA CON LA RUBRICA DEL REPRESENTANTE LEGAL.**

VI.- OBSERVACIONES (INCORPORAR TODA INFORMACIÓN DE RELEVANCIA VINCULADA CON LA PRESENTE SOLICITUD)



VII.- DECLARACIÓN JURADA

MANIFIESTO CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA QUE LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN EL PRESENTE FORMULARIO ES FIDEDIGNA.

FIRMA _____ ACLARACIÓN _____

LUGAR Y FECHA _____

RECEPCIÓN DE LA OFICINA DE EMPLEO O GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL: _____

ACLARACION: _____

LUGAR Y FECHA: _____

VII.- RESERVADO PARA LA GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL

FECHA DE RECEPCIÓN:

/ /

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PROYECTO: ACEPTADA (.....) RECHAZADA (.....)

SOLICITUD DE BAJA DEL PROYECTO: ACEPTADA (.....) RECHAZADA (.....)

SOLICITUD DE REEMPLAZO DE PARTICIPANTES: ACEPTADA (.....) RECHAZADA (.....)

JUSTIFICACIÓN:

FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN

** EN EL CASO DE TRATARSE DE UN PROYECTO QUE HUBIERA RECIBIDO ASISTENCIA ECONÓMICA POR PARTE DEL MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, ANTE SU BAJA O INVIABILIDAD POR LA DESVINCULACIÓN DE PARTICIPANTES, DEBERÁ DARSE INTERVENCIÓN LA SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS DE EMPLEO Y FORMACIÓN PROFESIONAL PARA LA DETERMINACIÓN SI CORRESPONDE EL REINTEGRO TOTAL O PARCIAL POR PARTE DEL ORGANISMO EJECUTOR DE LOS FONDOS QUE HUBIERAN SIDO DESTINADOS PARA SU EJECUCIÓN.*



PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN

1. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL				
MUNICIPIO, COMUNA O JUNTA DE GOBIERNO				
INTENDENTE (NOMBRES Y APELLIDO)				
DOMICILIO				
PROVINCIA				
VÍAS DE CONTACTO	TELÉFONO		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO			C.P.	

1.1- INDIQUE SI SE ENCUENTRA EJECUTANDO EL SEGURO DE CAPACITACIÓN Y EMPLEO O EL PROGRAMA JÓVENES CON MÁS Y MEJOR TRABAJO:				
SEGURO DE CAPACITACIÓN Y EMPLEO	NO	SI	DESDE (MES Y AÑO)	
PROGRAMA JÓVENES CON MÁS Y MEJOR TRABAJO	NO	SI	DESDE (MES Y AÑO)	

1.2- INDIQUE BREVEMENTE LAS RAZONES POR LAS CUALES DESEA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LÍNEA ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL EN SU JURISDICCIÓN.



Empty space for providing reasons for implementing the program.

1.3 – POBLACIÓN DESTINATARIA DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA.

CANTIDAD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO DE LA JURISDICCIÓN

ESTIMACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO QUE ADHERIRÁN AL PROGRAMA

2. CONDICIONES INSTITUCIONALES

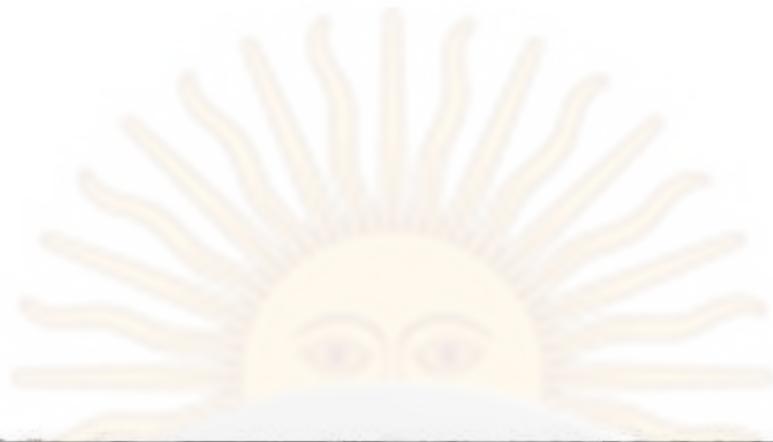
2.1 – OFICINA DE EMPLEO (MARQUE CON UNA CRUZ SEGÚN CORRESPONDA):

2.1.1 – EL MUNICIPIO CUENTA CON OFICINA DE EMPLEO FORTALECIDA POR EL MTEYSS

SI

No

EN CASO NEGATIVO, INDIQUE SI CUENTA CON UNA OFICINA DE EMPLEO Y ESPECIFIQUE SUS CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONAMIENTO:



2.1.2 – ¿LA INFRAESTRUCTURA EDILICIA ES ADECUADA PARA ATENDER A PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

SI

No

2.1.3 – ¿LA INFRAESTRUCTURA EDILICIA ES ADECUADA PARA ATENDER A LA CANTIDAD DE PERSONAS QUE SE ESTIMA ADHERIR AL PROGRAMA? (ANEXAR CROQUIS)

SI

No

2.1.4 – ¿TIENE EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO?

SI

No

2.1.4.1 – Si POSEE EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO, INDIQUE:

CANTIDAD:

DETALLE:

2.1.5 – ¿POSEE CONEXIÓN BANDA ANCHA (INTERNET)?

SI

No

2.1.5.1 – Si NO POSEE BANDA ANCHA, INDIQUE:

POSIBILIDAD DE CONEXIÓN:

¿CUÁNDO? (DD/MM/AA):

2.1.6 – ¿DISPONE DE ENTREVISTADORES?

SI

No

CANTIDAD

2.1.7 – ¿DISPONE DE CAPACITADORES?

SI

No

CANTIDAD

2.1.8 – ¿DISPONE DE RELACIONADORES?

SI

No

CANTIDAD

2.1.9 – ¿DISPONE DE AGENTES CON EXPERIENCIA EN LA PROBLEMÁTICA DE LA DISCAPACIDAD Y EL EMPLEO?

SI

No

CANTIDAD

2.2 – ESQUEMA LOCAL DE PRESTACIONES

2.2.1 – INDIQUE EL EQUIPO RESPONSABLE DE LA GENERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL ESQUEMA LOCAL DE PRESTACIONES:

NOMBRE DEL COORDINADOR:

CARGO MUNICIPAL:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

INTEGRANTES DEL EQUIPO:

APellido y Nombre	ÁREA DEL MUNICIPIO	TEL. CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	PRESTACIÓN A CARGO

2.2.2 – INDIQUE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS GENERADORAS DE EMPLEO EN SU JURISDICCIÓN



2.2.6 – ELABORE A MODO DE PLANIFICACIÓN A CORTO PLAZO UNA PROPUESTA DEL ESQUEMA LOCAL DE PRESTACIONES, TENIENDO EN CUENTA EL SIGUIENTE CUADRO:

PRESTACIONES		PERSONAS		CANTIDAD DE PROYECTOS /CURSOS	INSTITUCIONES	NECESITA APOYO DEL MTEYSS PARA SU CONCRECIÓN (Si-No)	FECHA ESTIMADA DE CONSTRUCCIÓN (MES/AÑO)
		CANTIDAD	CAPACIDAD DE INCORPORAR MÁS PERSONAS				
OFICINA DE EMPLEO	TALLERES DE ORIENTACIÓN LABORAL						
	TALLERES DE APOYO A LA BÚSQUEDA DE EMPLEO						
ENTRENAMIENTO PARA EL TRABAJO	SECTOR PRIVADO						
	SECTOR PÚBLICO						
EMPRESARIOS INDEPENDIENTES	CURSOS DE GESTIÓN EMPRESARIAL						
	PLANES DE NEGOCIO						
FORMACIÓN	TERMINALIDAD EDUCATIVA						
	FORMACIÓN PROFESIONAL						
INSERCIÓN LABORAL	SECTOR PRIVADO						
	SECTOR PÚBLICO						
OTRAS MUNICIPALES							
OTRAS PROVINCIALES							

2.2.7 – INDIQUE CUÁLES DE LAS PRESTACIONES ANTES CONSIGNADAS SURGEN DE ACUERDOS EXISTENTES Y CONTRAÍDOS CON EL MTEySS. ESPECIFIQUE.

2.2.8 – INDIQUE FECHAS DE INICIO DE LAS PRESTACIONES CONSIGNADAS EN EL CUADRO DEL PUNTO 2.2.6. E INDIQUE CANTIDAD DE PARTICIPANTES QUE PODRÁN SER VINCULADOS A CADA UNA DE ELLAS. (SOLO EN LOS CASOS QUE ESTÉ PACTADA LA FECHA DE INICIO)

2.2.9 - ¿QUÉ ESTRATEGIA DE TRABAJO REALIZARÁN PARA BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA A LAS INSTITUCIONES EN LO QUE RESPECTA A LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS O ACCIONES?

2.2.10 - ¿CUÁNDO PRESENTARÁN LA PROPUESTA DE ACCIONES Y PROYECTOS QUE CONFORMARÁN EL ESQUEMA LOCAL DE PRESTACIONES? AQUÍ NOS REFERIMOS A UNA VERSIÓN COMPLETA DE LO APUNTADO EN EL PUNTO 2.2.8., COMPLETE EL SIGUIENTE CUADRO:

ACCIÓN O PROYECTO	FECHA DE PRESENTACIÓN (dd/MM/AA)

3. PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO – LÍNEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

3.1 – PROMOCIÓN

3.1.1 – DESCRIBA LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN A DESARROLLAR PARA GARANTIZAR LA CONCURRENCIA DE POTENCIALES PARTICIPANTES Y DE LOS ACTORES LOCALES EN EL PROGRAMA:

3.1.2 – INDIQUE EN QUÉ MEDIOS RADIALES SE PODRÍAN TRANSMITIR LOS SPOTS DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA:

3.2.4 – INDIQUE LOS DATOS DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CONVOCATORIA:

APellido y Nombre	CARGO O ÁREA DE TRABAJO	TEL. CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

3.2.5 – INDIQUE SI EL MUNICIPIO TIENE CONVENIOS DE COLABORACIÓN/COOPERACIÓN CON ALGUNA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE SER ASÍ, CON CUÁL DE ELLAS EL MTEYSS PODRÍA ARTICULAR LAS ACCIONES DE CONVOCATORIA, EN CASO DE SER NECESARIO.



3.3 – INFORMACIÓN ADICIONAL

3.3.1 - INDIQUE AQUELLAS DIFICULTADES QUE PREVÉ PUEDA TENER EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.



3.3.2 - COMPLETE EL SIGUIENTE CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTAR PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
ACTIVIDAD	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12

4. SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA - COMPROMISOS

La/El QUE SUSCRIBE, EN MI CARÁCTER DE DE
 DE LA PROVINCIA DE
, POR EL PRESENTE SOLICITO AL MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y
 SEGURIDAD SOCIAL LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO –
 LÍNEA ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, EN NUESTRA JURISDICCIÓN.

CON TAL OBJETO, MANIFIESTO CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA QUE LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ESTE FORMULARIO ES FIDEDIGNA,
 AFIRMO CONOCER Y ACEPTAR LA NORMATIVA REGULATORIA DEL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE
 EMPLEO – LÍNEA ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, ASUMO LAS OBLIGACIONES ALLÍ IMPUESTAS Y COMPROMETO
 SU CUMPLIMIENTO.

DE IGUAL MANERA, GARANTIZO Y COMPROMETO LA PARTICIPACIÓN DE LA OFICINA DE EMPLEO, EN LAS TAREAS DE CONVOCATORIA, ENTREVISTA,
 DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS QUE OPTEN POR INCORPORARSE AL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE
 OPORTUNIDADES DE EMPLEO – LÍNEA ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, COMO ASÍ TAMBIÉN EN LA
 CONSTRUCCIÓN, PROMOCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL ESQUEMA LOCAL DE PRESTACIONES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL PARA OFRECER A LOS
 TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD DESOCUPADOS QUE PARTICIPEN.

FIRMA ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO LUGAR Y FECHA

NOTA: LAS HOJAS ANTERIORES DEL PRESENTE FORMULARIO DEBERÁN ESTAR RUBRICADAS EN SU MARGEN IZQUIERDO CON LA FIRMA DEL PRESENTANTE.

5. PARA COMPLETAR POR LA GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL

5.1 – EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES INSTITUCIONALES (OFICINA DE EMPLEO Y ESQUEMA DE PRESTACIONES).

5.2 – EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO – LÍNEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (PROMOCIÓN Y CONVOCATORIA)

5.3 – OBSERVACIONES

5.4 – RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

FIRMA DEL/LA GERENTE/A DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL

ACLARACIÓN

LUGAR Y FECHA

PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE ADHESIÓN

Por el presente, (Nombre y Apellido).....con D.N.I./L.E./ L.C. N°.....y C.U.I.L. N°....., constituyendo domicilio en....., solicito mi incorporación a la LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO, creado por la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 124/11 y reglamentado por la Resolución de la SECRETARÍA DE EMPLEO N° 877/11.

 DECLARACION JURADA

- Manifiesto con carácter de declaración jurada ser mayor de DIECIOCHO (18) años, tener una discapacidad acreditada mediante certificado vigente expedido en los términos de las Leyes N° 22.431, N° 24.901 o norma análoga provincial, encontrarme en búsqueda activa de empleo, residir en forma permanente en el país y no estar percibiendo el seguro por desempleo establecido por la Ley N° 24.013, ni ayudas económicas previstas en otros programas nacionales, provinciales o municipales de empleo o de capacitación laboral cuyas acciones no sean complementarias o acumulativas con la LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO.

 HISTORIA LABORAL

- Declaro que he confeccionado mi Historia Laboral para su registro en la Plataforma Informática de la Red de Servicios de Empleo y que todos los datos allí consignados son verdaderos.

 PRESTACIONES

- Por participar de la LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL entiendo que accederé al Esquema Local de Prestaciones ofrecido por la Oficina de Empleo y podré:

- Recibir apoyo y asesoramiento para la búsqueda de empleo.
- Participar de talleres de orientación laboral y de apoyo a la búsqueda de empleo.
- Participar en procesos de certificación de estudios formales obligatorios y en cursos de formación profesional.
- Percibir en forma directa ayudas económicas mensuales de acuerdo a la actividad en que participe, incentivos económicos por la aprobación de cursos de formación profesional o de estudios formales primarios o secundarios, y asignaciones estímulo por continuar con mis estudios formales luego de los recesos de invierno o verano.
- Integrarme a proyectos de entrenamiento para el trabajo o de inserción laboral, o generar emprendimientos independientes a través de programas o acciones específicos ejecutados por el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL.

 COMPROMISOS

- Manifiesto conocer el marco normativo de la LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL y me comprometo a:

- Aceptar las ofertas de empleo adecuadas que se me propongan;
- Participar de entrevistas y/o talleres de orientación laboral organizados o coordinados por la Oficina de Empleo;
- Realizar las actividades de formación básica y/o profesional, y/o entrenamiento para el trabajo que me sean ofrecidas;
- Asistir a todas las citas acordadas con la Oficina de Empleo;
- Presentarme ante la Oficina de Empleo toda vez que sea convocado/a, así como entregar toda documentación que me sea requerida vinculada con mi participación en la presente Línea;
- Informar a la Oficina de Empleo cualquier problema de salud o de otro tipo que me impida asistir o realizar las actividades acordadas;
- Solicitar la suspensión de mi participación por un plazo máximo de SEIS (6) meses continuos cuando obtenga un empleo no asistido económicamente a través de la presente Línea y programas complementarios, cuando tenga que ausentarme temporalmente de mi domicilio o cuando incurra en alguna incompatibilidad;
- Comunicar a la Oficina de Empleo los cambios de domicilio, teléfono y cualquier otro dato necesario para mi localización;
- Informar el inicio de un reclamo de índole laboral en sede administrativa o judicial que comprenda períodos mensuales en los que percibí alguna ayuda económica de la presente Línea;
- Solicitar mi desvinculación en el caso de dejar de reunir los requisitos de accesibilidad y/o permanencia.

REGLAS GENERALES

- Asimismo, declaro tener conocimiento y acepto:

- que mi incorporación a la LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL quedará sujeta a la validación por parte del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL de la consistencia de mis datos personales y de la reunión de las condiciones de ingreso a través de los controles informáticos previstos por el Título IV del Reglamento del Programa;
- que mi incorporación a la LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL conlleva mi renuncia a otro programa de capacitación o empleo implementado por el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL que resulte incompatible;
- que percibiré una ayuda económica mensual por participar en talleres o cursos por un máximo total de VEINTICUATRO (24) períodos mensuales;
- que por ningún concepto podrá exigírseme el pago de suma dineraria alguna o la realización de actividades ajenas al objeto de la presente Línea;
- que podré solicitar la suspensión de mi participación por un plazo máximo de SEIS (6) meses continuos por maternidad o paternidad, o por enfermedad propia o de un miembro de mi grupo familiar;
- que se suspenderá de oficio mi participación: 1) si injustificadamente no percibo la ayuda económica mensual durante TRES (3) meses consecutivos, 2) al detectarse que he obtenido un empleo no informado a la Oficina de Empleo; 3) al finalizar mi plazo de incorporación un proyecto de inserción laboral asistido por el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL,

salvo comunicación previa informando la no continuidad de la relación laboral asistida a través del mismo; 4) cuando injustificadamente no asista citas acordadas con la Oficina de Empleo o incumpla otros compromisos asumidos; o 5) cuando no desacredite denuncias que cuestionen mis condiciones de ingreso o permanencia;

- que son causales del cese de mi participación en la LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL: 1) incurrir en una causal de incompatibilidad; 2) no participar en prestaciones durante el plazo de UN (1) año; 3) el incumplimiento de compromisos asumidos en el presente formulario; 4) la no presentación, sin aviso ni justificación, a citas acordadas con la Oficina de Empleo; 5) la no concurrencia, sin aviso ni justificación, a prestaciones asignadas por la Oficina de Empleo; 6) el incumplimiento de obligaciones asumidas durante la participación en prestaciones implementadas a través de otros programas del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL; 7) la aplicación del límite máximo de VEINTICUATRO (24) ayudas económicas mensuales por participar en cursos de talleres o cursos; 8) el cumplimiento del plazo máximo de SEIS (6) meses continuos de una suspensión.

- que se me tendrá por notificado de toda medida que interrumpa de oficio la liquidación de mi prestación dineraria, a partir del sexto día posterior a la fecha de pago;

- que dispondré de un plazo perentorio de NOVENTA (90) días corridos para interponer reclamos vinculados con el proceso de liquidación o pago de prestaciones dinerarias y para impugnar las causas de una eventual desvinculación;

- que en el caso de no reintegrar sumas dinerarias percibidas en forma irregular, no podré participar en programas del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL;

.....
Firma y Aclaración del/la Solicitante

.....
Firma y Aclaración del Entrevistador de la Oficina de Empleo

Lugar y Fecha:.....



PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASIGNACIÓN ESTÍMULO POR PERMANENCIA EN ESTUDIOS
FORMALES

Por el presente, (Nombre y Apellido).....con D.N.I./ L.E./L.C.
Nº.....y C.U.I.L. Nº....., constituyendo domicilio
en....., solicito se
me otorgue la asignación estímulo por mantener mi condición de alumno regular durante el
proceso de certificación de estudios formales en el marco del PROGRAMA PROMOVER LA
IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA
INSERCIÓN LABORAL, transcurrido el receso escolar de.:

INVIERNO	VERANO
A continuación, se describen las características de los estudios en curso:	
❖ INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	
❖ NIVEL/GRADO/AÑO:	

Adjunto al presente, certificado expedido por la Institución antes indicada que acredita mi condición de alumno regular.

Asimismo, manifiesto con carácter de declaración jurada que la información y documentación aportadas son veraces y fidedignas.

.....
Firma y aclaración del/la solicitante

.....
Fecha y Sello de recepción con la firma y aclaración
del agente interviniente

- La presentación y el registro de la solicitud deberá ser antes del 30 de noviembre (receso invernal) y del 31 de mayo (receso estival).

PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCENTIVO POR APROBACIÓN DE ESTUDIOS FORMALES

Por el presente, (Nombres y Apellido).....con D.N.I./L.E./L.C. N°.....y C.U.I.L. N°....., constituyendo domicilio en....., solicito se me asigne el incentivo por aprobación de estudios formales en el marco del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL.

A continuación, se describen las características de los estudios aprobados:

❖ SISTEMA DE CURSADA:	<input type="checkbox"/>	GRADUAL	<input type="checkbox"/>	MODULAR
❖ INSTITUCION:	<input type="text"/>			
❖ NIVEL/GRADO/AÑO/MODULO APROBADO:	<input type="text"/>			
❖ PERIODO DE CURSADA:	<input type="text"/>			

Adjunto al presente, certificado expedido por la Institución antes indicada que acredita la aprobación de estudios arriba informada.

Asimismo, manifiesto con carácter de declaración jurada que la información y documentación aportadas son veraces y fidedignas.

.....
Firma y aclaración del/la solicitante

.....
Fecha y Sello de recepción con la firma y aclaración del agente interviniente

PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCENTIVO POR APROBACIÓN DE CURSO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Por el presente, (Nombres y Apellido).....con D.N.I./ L.E./L.C. N°.....y C.U.I.L. N°....., constituyendo domicilio en....., solicito se me asigne el incentivo por aprobación de estudios de formación profesional en el marco del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL.

A continuación, se describen las características del curso aprobado:

❖ INSTITUCIÓN FORMATIVA:	<input type="text"/>
❖ NOMBRE DEL CURSO:	<input type="text"/>
❖ PERIODO DE CURSADA: INICIO:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	FINALIZACIÓN: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
❖ CARGA HORARIA:	<input type="text"/>
❖ DURACION EN MESES:	<input type="text"/>

Adjunto al presente, certificado expedido por la Institución antes indicada que acredita la aprobación de estudios informada.

Asimismo, manifiesto con carácter de declaración jurada que la información y documentación aportadas son veraces y fidedignas.

.....
Firma y aclaración del/la solicitante

.....
Fecha y Sello de recepción con la firma y aclaración del agente interviniente

PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE PARTICIPACIÓN

Por el presente, (Nombre y Apellido).....con D.N.I./L.E./L.C. N°.....y C.U.I.L. N°....., constituyendo domicilio en....., solicito se suspenda mi participación en el PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, por la causal que se indica a continuación:

- por la obtención de un empleo
- por ausencia temporal de mi lugar de residencia
- por incurrir en una incompatibilidad
- por maternidad o paternidad
- por enfermedad propia
- por enfermedad de un miembro de mi grupo familiar.

A tal efecto, manifiesto tener en conocimiento que el plazo máximo de suspensión habilitado por la reglamentación del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL es de SEIS (6) meses continuos, que dentro de dicho plazo podré solicitar la reanudación de mi participación y que de no hacerlo será desvinculada/o.

.....
Firma y aclaración del/la solicitante

.....
Fecha y Sello de recepción con la firma y aclaración del agente interviniente

- La/el solicitante deberá adjuntar el certificado médico correspondiente.

PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REANUDACION DE PARTICIPACION

Por el presente, (Nombres y Apellido).....con D.N.I. N°.....y C.U.I.L. N°....., con domicilio en.....solicito reanudar mi participación en el PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, la cual fuera suspendida por:

- Solicitud de mi parte
 - por la obtención de un empleo
 - por ausencia temporal de mi lugar de residencia
 - por incurrir en una incompatibilidad
 - por maternidad o paternidad
 - por enfermedad propia
 - por enfermedad de un miembro del grupo familiar
- El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
 - por la no percepción de prestaciones dinerarias liquidadas
 - por la detección de un empleo no informado
 - por la finalización de un proyecto de inserción laboral
 - por la no desacreditación de una denuncia
 - por inasistencias o incumplimientos injustificados

A tal efecto, manifiesto con carácter de declaración jurada estar en situación de desempleo, reunir los requisitos de accesibilidad exigidos por el PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, no estar comprendida/o en una causal de incompatibilidad, y asimismo, ratifico conocer y aceptar el marco normativo del citado Programa y me comprometo a cumplir con las obligaciones allí establecidas para las/los participantes.

.....
Firma y aclaración del/la solicitante

.....
Fecha y Sello de recepción con la firma y aclaración del agente interviniente

• En el caso de suspensiones aplicadas por el MTEySS, la/el solicitante deberá adjuntar su descargo y documentación que permita desacreditar la causal de suspensión.

PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE DESVINCULACION

Por el presente, (Nombres y Apellido).....con D.N.I. N°.....y C.U.I.L. N°....., con domicilio en....., solicito se me desvincule del PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, por la siguiente causal:

- por la obtención de un empleo
- por incurrir en una causal de incompatibilidad
- por motivos personales

Asimismo, manifiesto tener conocimiento que podré solicitar mi reingreso al PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL siempre que reúna las condiciones de acceso exigidas por su reglamentación.

.....
Firma y aclaración del/la solicitante

.....
Fecha y Sello de recepción con la firma y aclaración del agente interviniente

PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REINGRESO

Por el presente, (Nombres y Apellido).....con D.N.I. Nº.....y C.U.I.L. Nº....., con domicilio en....., solicito mi reincorporación al PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LINEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, del cual fuera desvinculado por.:

- El vencimiento del plazo máximo de suspensión
- No participar de actividades durante el plazo de UN (1) año
- Incurrir en alguna causal de incompatibilidad
- Aplicación del límite máximo de ayudas económicas a percibir
- El incumplimiento de los compromisos asumidos en el formulario de adhesión
- La no presentación injustificada a citas acordadas con la Oficina de Empleo
- La no concurrencia injustificada a las prestaciones asignadas
- Incumplimientos durante la participación en las prestaciones
- Decisión personal
- Otro motivo (Completar:.....)

A tal efecto, manifiesto con carácter de declaración jurada estar en situación de desempleo, reunir los requisitos de accesibilidad exigidos por el Programa, encontrarme en búsqueda activa de empleo y no incurrir en una causal de incompatibilidad.

Asimismo, ratifico conocer y aceptar que a los efectos de la aplicación del límite máximo de ayudas económicas a percibir por participar en prestaciones formativas o de orientación laboral se considerará mi fecha de incorporación original al Programa.

.....
Firma y aclaración del/la solicitante

.....
Fecha y Sello de recepción con la firma y aclaración del agente interviniente

- Salvo en el primer supuesto, deberá adjuntarse documentación que desacredite la causal de la desvinculación.