

I. IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA DE ACCIÓN (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)					
LÍNEA DE PROMOCIÓN DEL EMPLEO ASALARIADO		EN EL SECTOR PÚBLICO		<input type="checkbox"/>	
		PARA TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD		<input type="checkbox"/>	
II. DATOS DEL ORGANISMO					
NOMBRE					
C.U.I.T.			REGICE		
DOMICILIO		CALLE	Nº	C.P.	
LOCALIDAD		MUNICIPIO			
PROVINCIA		TELÉFONO	FAX		
CORREO ELECTRÓNICO					
III. DATOS DEL ÁREA Y DEL PUESTO EN EL QUE SE INCORPORARÁN LOS TRABAJADORES					
ÁREA					
PUESTO/S DE TRABAJO					
FECHA DE INCORPORACIÓN DE TRABAJADORES			PLAZO DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA (EN MESES)		
IV. CANTIDAD DE TRABAJADORES A INCORPORAR SEGÚN TIPO DE RELACIÓN DE EMPLEO PÚBLICO					
MODALIDAD CONTRACTUAL (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)		ENCUADRE LEGAL (CITAR Y ACOMPAÑAR NORMATIVA)		CANTIDAD	
PLANTA PERMANENTE <input type="checkbox"/>		PLANTA TRANSITORIA <input type="checkbox"/>			
OTRAS					
V. DESCRIPCIÓN DEL SALARIO POR CATEGORÍA LABORAL (ACOMPAÑAR NORMATIVA DE REFALDO)					
CATEGORÍA LABORAL	SALARIO BRUTO	MONTO REMUNERATIVO	MONTO NO REMUNERATIVO	APORTES %	CONTRIBUCIONES %
VI. DESCRIPCIÓN DE LOS ORGANISMOS LIQUIDADORES DE DISTINTOS COMPONENTES DE LA REMUNERACIÓN (EN EL CASO QUE EL ORGANISMO PRESENTANTE NO LIQUIDE ALGUNO DE LOS COMPONENTES DE LA REMUNERACIÓN, LA PRESENTE CARTA DE ADHESIÓN DEBERÁ SER REPRENDADA POR LOS OTROS ORGANISMOS)					
ORGANISMO QUE LIQUIDA EL SALARIO	NOMBRE				
	C.U.I.T.				
ORGANISMO QUE LIQUIDA LOS PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE				
	C.U.I.T.				
ORGANISMO QUE LIQUIDA LOS PAGOS PARA LA COBERTURA POR RIESGOS DEL TRABAJO	NOMBRE				
	C.U.I.T.				

VII. NÓMINA DE TRABAJADORES A INCORPORAR							
N° DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	C.U.I.E.	FECHA DE NACIMIENTO (D/A/A)	PROGRAMA Y/O COLECTIVO POBLACIONAL AL QUE PERTENECE	PUESTO	CATEGORÍA LABORAL	DISCAPACIDAD SI/NO (INDICAR TIPO, ACOMPAÑAR CERTIFICADO Y COMPLETAR INFORMACIÓN)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD (DIAGNÓSTICO – ENTE EMISOR DEL CERTIFICADO – FECHA DE VENCIMIENTO)							

**VIII. ADHESIÓN**

El/la que suscribe, en mi carácter de representante legal de (completar nombre del Organismo) .....

....., adhiere al PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL y solicita la incorporación de los/trabajadores que se indican en la presente Carta.

Adjunto como documentación respaldatoria copia de las normas que regulan las relaciones de empleo pública y fijan las categorías laborales y salariales referidas en el presente Formulario.

Manifiesto conocer y aceptar la reglamentación del PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL, comprometiéndome a cumplir con las obligaciones allí establecidas.

Declaro que la documentación adjunta es fidedigna y constituyo domicilio a todos los efectos legales en el previamente indicado.

La información consignada en la presente Carta de Adhesión tiene carácter de declaración jurada.

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

**Nota:** Las hojas de la Carta de Adhesión que anteceden a la presente, deberán contar con la firma y aclaración del representante legal del Organismo Público.

Sello y Firma de Recepción de la Gerencia de Empleo y Capacitación Laboral/Oficina de Empleo		
Aclaración:		
Lugar y fecha		

La presentación y recepción de la presente Carta no implica la aprobación de la adhesión del empleador al Programa, la cual estará sujeta a los controles y evaluaciones establecidos por su reglamentación.

**IX. PARA COMPLETAR POR LA GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL**

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	VIABLE <input type="checkbox"/>	No VIABLE <input type="checkbox"/>
----------------------------	---------------------------------	------------------------------------

JUSTIFICACIÓN (DE SER NECESARIO CONTINUAR EN HOJA ANEXA):

AYUDA ECONÓMICA MENSUAL POR CATEGORÍA LABORAL (SOLO PARA PROPUESTAS VIABLES)		
CATEGORÍA LABORAL	CANTIDAD DE TRABAJADORES	MONTO DE AYUDA ECONÓMICA MENSUAL

*Firma y Aclaración de/la Evaluador/a:* \_\_\_\_\_

*Lugar y fecha:* \_\_\_\_\_

*Firma y Aclaración de/la Gerente/a de Empleo y Capacitación Laboral:* \_\_\_\_\_

*Lugar y fecha:* \_\_\_\_\_

X: PARA COMPLETAR POR LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN DEL EMPLEO O LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA EMPLEABILIDAD DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

RESULTADO	APROBADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>
-----------	-----------------------------------	------------------------------------

*JUSTIFICACIÓN (DE SER NECESARIO CONTINUAR EN HOJA ANEXA):*

**DESCRIPCIÓN DE LA ADHESIÓN APROBADA**

FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_ PLAZO DE INCORPORACIÓN: \_\_\_\_\_

CANTIDAD TOTAL DE TRABAJADORES: \_\_\_\_\_

**DETALLE DE FINANCIAMIENTO**

CATEGORÍA LABORAL	CANTIDAD DE TRABAJADORES	MONTO DE AYUDA ECONÓMICA MENSUAL

*Firma y Aclaración del técnico interviniente:* \_\_\_\_\_

*Lugar y fecha:* \_\_\_\_\_

*Firma y Aclaración del Director/a* \_\_\_\_\_

*Lugar y fecha:* \_\_\_\_\_