

PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL

FORMULARIO DE BAJA, MODIFICACIONES Y/O DESVINCULACIONES

El/la que suscribe,
D.N.I./L.E./L.C./ N° en mi carácter de titular o representante
legal/apoderado del empleador
C.U.I.T N°, N° de REGICE, con
domicilio en
de la Ciudad de
Provincia de, solicito la
BAJA – MODIFICACIÓN – DESVINCULACIÓN DE TRABAJADORES de la Adhesión al PROGRAMA
DE INSERCIÓN LABORAL, conforme se describe a continuación:

I. DATOS DE LA ADHESIÓN			
LÍNEA DE ACCIÓN	FECHA DE INICIO	DURACIÓN EN MESES	CANTIDAD DE TRABAJADORES INCORPORADOS

II. BAJA DE LA ADHESIÓN (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)	Si ()	No ()
DESCRIBIR EL MOTIVO (LA BAJA DE LA ADHESIÓN OCASIONARÁ LA DESVINCULACIÓN DE TODOS LOS TRABAJADORES)		

III. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)		Si ()	No ()
INDICAR MODIFICACIÓN		INDICAR MODIFICACIÓN	
1.- NUEVA FECHA DE INICIO DE INCORPORACIÓN DE TRABAJADORES (GENERAL/PARTICULAR)	2.- OTRAS MODIFICACIONES (DESCRIBIR).		
3.- OTRAS MODIFICACIONES (DESCRIBIR).		4.- OTRAS MODIFICACIONES (DESCRIBIR).	

IV. DESVINCULACIÓN DE TRABAJADORES (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)						Si ()	No ()
Nº DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	Nº DE C.U.I.L.	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	FECHA DE DESVINCULACIÓN	MOTIVO DE DESVINCULACIÓN*	(COMPLETAR CON EL Nº DE CÓDIGO)	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA/OBSERVACIONES							

* CÓDIGOS DE DESVINCULACIÓN:

1. POR INCURRIR EL TRABAJADOR EN UNA CAUSAL DE INCOMPATIBILIDAD
2. POR EXTINCIÓN DEL VÍNCULO LABORAL (DEBERÁ INDICAR LA CAUSA Y ACOMPAÑAR PRUEBA DOCUMENTAL DE RESPALDO).
3. OTROS MOTIVOS. (DESCRIBIR/JUSTIFICAR)

V. DECLARACIÓN JURADA

Manifiesto con carácter de declaración jurada que la información incluida en el presente Formulario es fidedigna.

FIRMA ACLARACIÓN

LUGAR Y FECHA

VI. RECEPCIÓN DE LA OFICINA DE EMPLEO O GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL

FIRMA:

ACLARACIÓN:

LUGAR Y FECHA:

VII. RESERVADO PARA LA GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL

MODIFICACIÓN DE CONDICIONES:	ACEPTADA		RECHAZADA	
BAJA DE LA ADHESIÓN:	ACEPTADA		RECHAZADA	
DESVINCLACIÓN DE TRABAJADORES	ACEPTADA		RECHAZADA	

JUSTIFICACIÓN/OBSERVACIONES:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL/LA EVALUADOR/A

LUGAR Y FECHA

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

LUGAR Y FECHA