

| PROGRAMA OPORTUNIDADES PARA TODOS | | | |
|---|--------------------|-----------|----------|
| DATOS DE LA ENTIDAD PRESENTANTE | | | |
| NOMBRE DE LA ENTIDAD | | | |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE LEGAL | | | |
| CALLE | | N°: | CP.: |
| LOCALIDAD | | PROVINCIA | |
| TELEFONO | | CUIT N° | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| RUBRO | | | |
| FORMA JURÍDICA | | | |
| AREA/SECTOR DONDE SE LLEVARA A CABO LA PRACTICA LABORAL | | | |
| CALLE | | N°: | CP.: |
| LOCALIDAD | | PROVINCIA | |
| TELEFONO | | FAX | |
| EL LUGAR DONDE SE DESARROLLARA LA PRACTICA DEL PROGRAA ES: (PROPIO, ALQUILADO, OTRO) | | | |
| | | | |
| DATOS DE LOS TUTORES DEL PROGRAMA | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO DE LOS TUTORES DEL PROYECTO | | CARGO | |
| | | | |
| DESCRIBIR DETALLADAMENTE TODAS LAS TAREAS Y FUNCIONES A REALIZAR EN LA PRACTICA LABORAL | | | |
| 1) | | | |
| 2) | | | |
| 3) | | | |
| 4) | | | |
| 5) | | | |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | | | |
| PERIODO EN QUE REALIZARA LAS ACTIVIDADES/TAREAS (1° QUINCENA-2° QUINCENA) | | | |
| PUESTO | ACTIVIDADES/TAREAS | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| DETALLAR DIAS Y HORARIOS DE TRABAJO | | | |
| FECHA DE INICIO | FINALIZACIÓN | DIAS | HORARIOS |
| | | | |

| ACCIONES DE CAPACITACIÓN (Si se preveen acciones de capacitación por favor completar la siguiente información) | | | | |
|--|--|-----------------|----------------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDO DEL CAPCITADOR | | | | |
| ESPECIFICAR LOS CONTENIDOS DE LA CAPACITACIÓN DETALLADOS POR MÓDULOS Y CARGA HORARIA DE CADA UNO DE ELLOS | | | | |
| MÓDULOS | | | CARGA | |
| 1) | | | | |
| 2) | | | | |
| 3) | | | | |
| 4) | | | | |
| FECHAS Y HORARIOS DE LA CAPACITACIÓN | | | LUGAR DONDE SE DICTA | |
| FECHA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | DÍAS Y HORARIOS | | |
| | | | | |
| SI USDET RECOMIENDA ALGUNA PERSONA, FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE: | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO | | | | |
| TIPO DE DISCAPACIDAD | SENSORIAL (___) | MOTRIZ (___) | MENTAL (___) | |
| CALLE | | N° | CP.: | |
| LOCALIDAD | | PROVINCIA | | |
| TELÉFONO | | FAX | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | EDAD | | |
| ADJUNTAR CERTIFICADO NACIONAL O PROVINCIAL O CONSTANCIA DE ENCONTRARSE EN TRÁMITE | | | | |
| (*) | EN EL CASO DE TENER ENTRE 14 Y 18 AÑOS DEBERÁN ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO AUTORIZACIÓN ESCRITA DE LOS PADRES O TUTORES | | | |
| DECLARACIÓN JURADO DE LA ENTIDAD PRESENTANTE | | | | |

El que suscribo, en mi carácter de: _____ de _____ (completar nombre de la entidad) declaro que los datos consignados en el presente formulario son fidedignos y manifiesto:

LA VOLUNTAD DE CEDER LOS ÁMBITOS E INSTALACIONES COMO ESCENARIO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE PRÁCTICA LABORAL POR PARTE DEL BECARIO.

EL COMPROMISO A NO SUSTITUIR TRABAJADORES VINCULADOS EN EL CONTRATO LABORAL POR BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

LA AUTORIZACIÓN PARA LA VISITA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL SEGUIMIENTO DEL BECARIO

BRINDAR INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO DEL BECARIO PARA VERIFICAR LAS ACCIONES AQUÍ COMPROMETIDAS

EL COMPROMISO AL PAGO MENSUAL DEL SEGURO CORRESPONDIENTE PARA EL BECARIO

| | | |
|---------|-----------------------|------------------------|
| | | |
| FIRMA | ACLARACION | TIPO Y N° DE DOCUMENTO |
| | | |
| EMPRESA | CARÁCTER DEL FIRMANTE | LUGAR Y FECHA |