



**PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS TRABAJADORES DE LOS
TALLERES PROTEGIDOS DE PRODUCCION Res. SE N° 1183/2021
FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA**

1. SOLICITANTE
El/la que suscribe, D.N.I./L.E./L.C./CUIL/CUIT N° en mi carácter de Representante Legal de la Institución Responsable:CUIT N° solicito la Incorporación de la Institución Responsable al PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS TRABAJADORES DE LOS TALLERES PROTEGIDOS DE PRODUCCIÓN.

2. DATOS DEL TALLER ESPECIAL PARA EL EMPLEO - TALLER PROTEGIDO DE PRODUCCIÓN			
SEDE PRODUCTIVA N° 1 (OBLIGATORIO)		SEDE N° 2	
NOMBRE		NOMBRE	
CALLE Y N°		CALLE Y N°	
PROVINCIA		PROVINCIA	
MUNICIPIO		MUNICIPIO	
LOCALIDAD		LOCALIDAD	

3. PRODUCCIÓN DEL TALLER ESPECIAL PARA EL EMPLEO - TALLER PROTEGIDO DE PRODUCCIÓN					
N°	LÍNEAS DE PRODUCCIÓN	VOLUMEN DE PRODUCCIÓN MENSUAL	FACTURACIÓN MENSUAL ESTIMADA	GASTO MENSUAL DE INSUMOS	CANTIDAD DE MIEMBROS VINCULADOS
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

4. PERSONAL DE APOYO TÉCNICO			
POSEE PERSONAL DE APOYO TÉCNICO		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	CANTIDAD
N°	ÁREA DE APOYO (Ej. COORDINADOR, SUPERVISOR, ASISTENTE PSICOSOCIAL, AYUDANTE, ETC.)	CALIFICACIÓN TÉCNICA (Ej. INGENIERO, TERAPISTA OCUPACIONAL, IDÓNEO, ETC.)	
1.			
2.			
3.			
4.			



Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

ANEXO II - A

5.		
----	--	--

5. COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES		
DATOS DE LA ASEGURADORA	RAZÓN SOCIAL	
	C.U.I.T.	
CANTIDAD		

6.1. PLANTEL			
CANTIDAD DE MIEMBROS		POSEE REGISTROS DE LOS MIEMBROS	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No



Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

ANEXO II - A

6.2. LISTADO DE MIEMBROS DEL TPEE – TPP POSTULADOS PARA SU INCORPORACIÓN AL PROGRAMA (DEBERÁ ADJUNTAR COPIA DE DNI/LC/LE, CONSTANCIA DE CUIL Y CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE CADA UNO)											
Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	C.U.I.L.	GÉNERO (M/F/X)	TIPO DE DISCAPACIDAD	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD			NIVEL EDUCATIVO PC, PI, SC, SI, CFL ¹	LÍNEA DE PRODUCCIÓN	FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE
						EMITIDO POR:	DIAGNÓSTICO	FECHA DE EMISIÓN			

NOTA: TODAS LAS HOJAS DEL PRESENTE FORMULARIO DEBERÁN ESTAR RUBRICADAS EN SU MARGEN IZQUIERDO CON LA FIRMA Y ACLARACIÓN DEL/LOS FIRMANTE/S. TODA DOCUMENTACIÓN ANEXA ACOMPAÑADA EN COPIA DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA.

Firma del Representante

Legal:

Aclaración:

Lugar y fecha



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO II. A- FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.