

SOLICITA: REGISTRO Y PRÓRROGA DE CONVENIOS DE ACTUALIZACIÓN PARA REINSERCIÓN LABORAL

SEÑOR(A) DIRECTOR(A) DE PROMOCIÓN DEL EMPLEO Y FORMACIÓN PROFESIONAL

(Denominación o Razón Social)

Identificado con R.U.C. N° _____ con domicilio real en _____; teléfono N° _____, debidamente representada por _____, identificado con DNI N° _____; a usted, me presento y digo:

Que, de conformidad con lo dispuesto por la Ley sobre Modalidades Formativas Laborales, Ley N° 28518, y su Reglamento Decreto, Supremo N° 007-2005-TR, solicito el **REGISTRO / LA PRÓRROGA** (subrayar la que corresponda) **DE LOS CONVENIOS DE ACTUALIZACIÓN PARA REINSERCIÓN LABORAL**, celebrados con las personas cuya relación se adjunta a la presente.

POR TANTO:

A usted, solicito se sirva acceder a lo requerido. Asimismo declaro bajo juramento que los datos consignados y los documentos presentados expresan la verdad.

Adjunto a la presente:

1. *Relación de los beneficiarios con los que la empresa ha celebrado los convenios.*
2. *Tres ejemplares de los convenios celebrados.*
3. *Hoja informativa (por triplicado).*
4. *Último certificado de trabajo.*
5. *Boleta de Pago o Contrato.*
6. *Declaración Jurada en la que señale que no ha trabajado de manera dependiente o independiente en los doce (12) meses previos a la firma del Convenio y que no ha celebrado anteriormente un convenio bajo la modalidad formativa laboral de Actualización para la Reinserción Laboral.*
7. *Constancia original de pago de la tasa correspondiente abonada al Banco de la Nación.*
8. **Sólo si es extemporáneo adjuntar:** (se considera extemporáneo después de los 15 días naturales de la fecha de suscripción del convenio).
 - *Constancia de pago de la tasa correspondiente por cada convenio abonada en el Banco de la Nación.*

La presentación extemporánea procede únicamente mientras el convenio se encuentre vigente.

9. *Adicionalmente:*

- A. *En caso de persona con discapacidad:*
 - *Copia de constancia de inscripción en el Registro de CONADIS o Certificado de Discapacidad expedido por los Serv. Médicos Oficiales de los sectores de Salud, Defensa, Interior o de ESSALUD o copia fedateada por el Sector.*

Lima, _____ de _____ de 200__

Firma del Representante Legal

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE MODALIDADES DE ACTUALIZACIÓN PARA LA REINSERCIÓN LABORAL

B. DECLARACIÓN JURADA

(Nombres y apellidos)

identificado (a) con DNI N° _____; ante usted, me presento y digo:

Que, declaro bajo juramento que no he trabajado de manera dependiente o independiente en los (12) meses previos a la firma del convenio y que he celebrado anteriormente un convenio, bajo la modalidad de Actualización para la Reinserción Laboral.

La presente Declaración manifiesta la verdad y la expreso de acuerdo a lo regulado por la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444.

Asimismo, me someto a las verificaciones que disponga la Autoridad Administrativa de Trabajo para corroborar la veracidad del contenido de la presente Declaración.

Lima, ____ de _____ de 200__

Firma del Beneficiario