

LLENAR ESTE FORMULARIO CON LETRA IMPRENTA CLARA O A MÁQUINA

(*) Empleado o empresa C.A.P.

[Empty text box for Employer/Company]

N° LEGAJA

[Empty text box for File Number]

(*) TELÉFONO

[Empty text box for Phone Number]

(*) DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

[Empty text box for Email Address]

DATOS DEL CONTROLADOR

(*) APELLIDO/s

[Empty text box for Surname]

(*) NOMBRE/s

[Empty text box for Name]

(*) Tipo DOC.

LE LC DNI

(*) Número de DOCUMENTO

[Empty text box for Document Number]

(*) Número de C.U.I.L.

[Empty text box for C.U.I.L. Number]

(*) ESTADO CIVIL

[Empty text box for Civil Status]

(*) SEXO

[Empty text box for Sex]

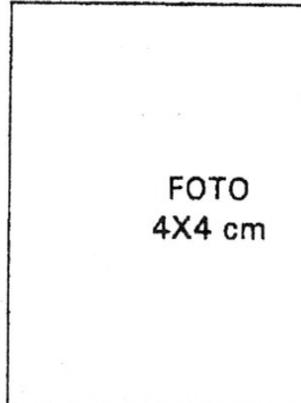
(*) FECHA NAC.: Día - Mes - Año

[Empty text box for Date of Birth]

(*) País de origen

[Empty text box for Country of Origin]

FOTO
4X4 cm



Fotocopia de DOCUMENTO

[Empty text box for Document Copy]

Reservado ReCAP
Declaración Jurada Art. 8°

[Empty text box for Declaration]

(*) PSICOFISICO

[Empty text box for Psychophysical]

(*) Fecha de emisión

[Empty text box for Issue Date]

(*) Certif. REINCIDENCIA

[Empty text box for Recidivism Certificate]

(*) Fecha de emisión

[Empty text box for Issue Date]

(*) Certif. PROVINCIA

[Empty text box for Province Certificate]

(*) Fecha de emisión

[Empty text box for Issue Date]

(*) Secundario Completo

SI NO [Empty checkboxes]

Reservado ReCAP
CONSTANCIA FINALIDAD

[Empty text box for Finality Certificate]

Reservado ReCAP
INS. PLAN TER.

[Empty text box for Insurance Plan]

ESTA CURSANDO EN:

[Empty text box for Current Course]

AÑO:

[Empty text box for Year]

CAPACITACIÓN

(*) Fecha EGRESADO

[Empty text box for Graduation Date]

(*) CENTRO de CAPACITACIÓN

[Empty text box for Training Center]

(*) DOMICILIO: Calle

[Empty text box for Street Address]

(*) Número

[Empty text box for Number]

(*) Piso

[Empty text box for Floor]

(*) D

[Empty text box for Department]

(*) Entre

[Empty text box for Between]

y

(*) Entre *

[Empty text box for Between *]

(*) Teléfono particular / mensajes

[Empty text box for Particular Phone]

Bloque

[Empty text box for Block]

Edificio

[Empty text box for Building]

Cuerpo

[Empty text box for Body]

(*) Provincia

[Empty text box for Province]

(*) Localidad

[Empty text box for Locality]

(*) Partido

[Empty text box for Partido]

(*) Código postal

[Empty text box for Postal Code]

OBSERVACIONES:

[Empty text box for Observations]

[Empty text box for Observations]

Sello M.G.E.

[Empty text box for Observations]

(*) FIRMA del POSTULANTE

[Empty text box for Applicant Signature]

(*) ACLARACIÓN del POSTULANTE

[Empty text box for Applicant Clarification]

A

Sello CONTABLE

[Empty text box for Accounting Seal]

ANEXO I

(Ley Nac. 26.370, Prov. 13.964 y su Reg. 1.096/09)

FORMULARIO N° 17
ALTAS Y RENOVACIONES**STRUCTIVO PARA COMPLETAR EL ANEXO I:***Completar TODOS los datos que se indican con (*) en la carátula (ANEXO I) con letra IMPRENTA CLARA o a MÁQUINA.**Ordenar la Documental que acompañará al mismo en el siguiente orden:*

1. Fotocopia LEGIBLE de **Documento de Identidad ACTUALIZADO** del postulante en la que consten Número, Apellido/s Nombre/s Completos, Fecha y Lugar de Nacimiento (Certificada por el Director Técnico - Empresa CAP o Empleador).
2. Constancia de C.U.I.L. (Certificada por el Jefe de Seguridad).
3. Completar la **Declaración Jurada** (contenida en la presente página) según rige en el Artículo 8°.
4. Certificado ORIGINAL de Antecedentes Judiciales expedido por el Ministerio de Seguridad de la **Provincia de Buenos Aires**.
5. Certificado ORIGINAL de Antecedentes Judiciales expedido por el Registro Nacional de **Reincidencia** (y/o Copia Certificada por personal habilitado a tal fin).
6. Certificado ORIGINAL de Aptitud **Psicofísica** con Certificación de la/s del/los Profesional/es actuante/s (según rige Art. 6°) emitida por el Colegio respectivo, a excepción de los Certificados expedidos por Hospital Público.
7. Copia acuse de recibo que respalde el Alta Temprana emitida por la AFIP gestionada por el empleador en los términos Res. AFIP 2016/06.
8. Certificado Legalizado otorgado por establecimiento público o privado incorporado a la enseñanza oficial.
9. Fotocopia del Certificado de Finalización del Curso de **CAPACITACIÓN** homologado por esta Dirección General.

TA: La Documental que no se consigne en la presente descripción deberá agregarse detrás de la detallada.

Acreditación del pago de la tasa Administrativa por alta de Personal de cada Postulante a Controlador.

Para Ex Integrantes de Fuerzas Armadas o de Seguridad: **CERTIFICACIÓN** y **FOJA de SERVICIO** emitida por la Institución correspondientePara los Solicitantes de **RENOVACIÓN** de Credenciales: **Credencial vencida** o **Denuncia Policial ORIGINAL** robo, hurto extravío.

DECLARACIÓN JURADA (Art. 8 Ley 26.370)
CAPÍTULO III
INHABILITACIONES E INCOMPATIBILIDADES

8° - No podrán desempeñarse como trabajador de la actividad, aquella persona que se halle de las siguientes situaciones:

- 1) Haber sido condenado por crímenes de lesa humanidad;
- 2) Encontrarse revistado como personal en las fuerzas armadas, de seguridad, policiales, del servicio penitenciario u organismos de inteligencia;
- 3) Haber sido condenados por delitos cometidos en el desempeño de la actividad regulada por esta Ley, o condenados con penas privativas de la libertad que superen 3 (tres) años en el país o extranjero;
- 4) Quienes hayan sido inhabilitados por infracciones a la presente Ley, en los términos del art. 23;
- 5) Haber sido exonerado de alguna de las instituciones enumeradas en el inciso b).

Declaro en mi carácter de declaración jurada, no encontrarme alcanzado por ninguna de las inhabilitaciones e incompatibilidades establecidas en el art. 8 de la Ley 23.370 (bajo apercibimiento de las penalidades previstas en el art. 293 del Código Penal).

FIRMA ACLARACIÓN

DIRECCIÓN Y N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

LUGAR Y FECHA

CERTIFICO en mi carácter de Director Técnico de Empresas CAP, que la firma que antecede ha sido suscripta ante mi en el lugar y fecha indicados, previa acreditación de identidad (bajo apercibimiento de las penalidades previstas en el art. 293 del Código Penal).

FIRMA ACLARACIÓN

EMPRESA N° de PRESTADORA