

(Logotipo de la entidad beneficiaria)

ANEXO I APROBACIÓN DEL PROYECTO

Programa de cualificación profesional para personas desempleadas de larga duración mayores de 30 años CDLD

D/D^a. , como (1) de la entidad solicitante de la subvención (2) , con domicilio en ,

CERTIFICO:

Que por (3) del (4) , de fecha (5) , se ha acordado lo que a continuación se transcribe:

1. Aprobar el proyecto de obras/servicios de competencia de esta entidad, correspondiente a los puestos de trabajo referidos en el **reverso**, con cargo al PROGRAMA DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL PARA PERSONAS DESEMPLEADAS DE LARGA DURACIÓN MAYORES DE 30 AÑOS.
2. Aprobar que se solicite a la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda de la Comunidad de Madrid una subvención de euros , con cargo a la convocatoria de subvenciones del año **2019**.
3. Facultar a **D/D^a** para el ejercicio de cuantas acciones sean necesarias para llevar a cabo la ejecución del presente decreto/resolución/acuerdo, incluida la suscripción de la solicitud de subvención.

Lo que certifico a los efectos que correspondan, con el visto bueno que fuera preceptivo (6),
en..... a..... de 201....

EL/LA

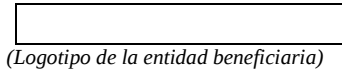
(FIRMA Y SELLO ENTIDAD)

Vº Bº
EL/LA

Fdo. (1):

Fdo. (6):

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.madrid.org/proteccionDeDatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.

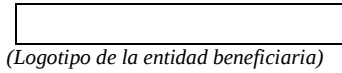


(Logotipo de la entidad beneficiaria)

ANEXO I Reverso

(Se cumplimentarán los datos de este apartado para cada tipología de **ocupación-puesto de trabajo** solicitado)

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL COMPROMISO DE CONTRATACIÓN DE DESEMPLEADOS NO PERCEPTORES DE PRESTACIONES POR DESEMPLEO			
Declara responsablemente que todos los desempleados que contrate en los puestos de trabajo solicitados y que sean objeto de subvención, tengan la condición de ser NO perceptores de prestaciones u otras rentas por desempleo. (Deberá marcar una opción):			
☐ SI se compromete. ☐ NO se compromete			
DATOS DE LA OCUPACIÓN-PUESTO DE TRABAJO			
OCUPACIÓN según Certificado de Profesionalidad		DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO según convenio colectivo	
Denominación:		Denominación:	
NÚMERO DE DESEMPLEADOS QUE PREVÉ CONTRATAR POR PUESTO DE TRABAJO Mínimo 10 desempleados / puesto		DURACIÓN DEL CONTRATO Mínimo 9 meses	JORNADA DE TRABAJO Horas/Día Máximo 8 horas /día
		Meses	Horas y Minutos
LOCALIZACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	Calle: ; Número: ; Piso/Planta: ; Municipio: .		
DATOS DE LA FORMACIÓN			
MODALIDAD DE IMPARTICIÓN	CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD	CONTENIDOS FORMATIVOS CERTIFICABLES (Módulo) (* No computar más de una vez las horas de la Unidades Formativas que se repitan en más de un Módulo)	HORAS DE FORMACIÓN
Presencial	Denominación:	-	-
	Código:	-	-
		-	-
		-	-
	En su caso, FORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE CERTIFICADO	CONTENIDOS FORMATIVOS CERTIFICABLES (sólo a nivel de Módulo)	HORAS DE FORMACIÓN
	Denominación:	-	-
	Código:	-	-
En su caso, FORMACIÓN COMPLEMENTARIA	CONTENIDOS FORMATIVOS NO CERTIFICABLES	HORAS DE FORMACIÓN	
Denominación:	-	-	
En su caso, código:	-	-	
	TOTAL HORAS FORMACIÓN	HORAS	
CENTRO QUE IMPARTIRÁ LA FORMACIÓN (Deberá marcar y cumplimentar una opción)	☐ Un centro formativo externo a la entidad beneficiaria de la subvención acreditado como centro de formación para dicho certificado de profesionalidad Centro acreditado Nº censo: ; Nombre del centro: ; Titular jurídico del centro: ; NIF: ; Dirección: Calle C.P. Municipio: .		
	☐ La entidad beneficiaria de la subvención, por estar acreditada como centro de formación para dicho certificado de profesionalidad: Centro acreditado Nº censo: ; Nombre del centro: ; Dirección: Calle C.P. Municipio: .		
	☐ La entidad beneficiaria de la subvención, por estar tramitando la autorización como centro de formación acreditado para dicho certificado de profesionalidad: Fecha de solicitud: ; Nombre del centro: ; Dirección: Calle C.P. Municipio: . Sólo será válido cuando haya obtenido la oportuna acreditación previa a la propuesta de resolución de la Comisión de Evaluación.		



INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

(1) Secretario General o Cargo responsable de la fe pública en la entidad o de certificar los acuerdos adoptados por los órganos de dirección de la entidad.

(2) Denominación de la entidad solicitante.

(3) Decreto; Resolución; Acuerdo.

(4) Alcalde; Pleno; Junta de Gobierno; Presidente de la Mancomunidad; Presidente de la entidad dependiente o vinculada; / Otros

(5) día/mes/año

(6) Alcalde; Presidente