



(Logotipo de la entidad beneficiaria)

ANEXO I APROBACIÓN DEL PROYECTO

Programa de activación profesional para personas jóvenes desempleadas de larga duración GJADLD

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 ACTIVACIÓN PROFESIONAL PARA PERSONAS JÓVENES DESEMPLEADAS DE LARGA DURACIÓN.
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)

Reverso

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

DATOS DE LA OCUPACIÓN-PUESTO DE TRABAJO			
OCUPACIÓN según C.N.O.-2011	DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO según convenio colectivo	CATEGORÍA PROFESIONAL.GRUPO DE COTIZACIÓN a la Seguridad Social (Deberá marcar una opción)	ACREDITACIÓN DE LA CUALIFICACIÓN PROFESIONAL PARA EL PUESTO DE TRABAJO (Deberá marcar y cumplimentar una o varias opciones)
Código: ; Denominación:	Denominación:	☐ G.C. 1 o 2	Mediante título profesional: ☐ Superior Universitario, denominado . ☐ Formación Profesional de Grado Superior, denominado .
		☐ G.C. 3 a 9	Mediante título profesional: ☐ Formación Profesional, denominado . ☐ Certificado de profesionalidad, denominado .
NÚMERO DE DESEMPLEADOS QUE PREVÉ CONTRATAR POR PUESTO DE TRABAJO		DURACIÓN DEL CONTRATO Mínimo 6 meses	JORNADA DE TRABAJO Horas/Día Máximo 8 horas /día
		Meses	Horas y Minutos
LOCALIZACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	Calle: ; Número: ; Piso/Planta: ; Municipio: .		
FORMACIÓN TRANSVERSAL			
MODALIDAD DE IMPARTICIÓN	DENOMINACIÓN	CONTENIDOS FORMATIVOS	HORAS DE FORMACIÓN
Presencial	Contenidos de elaboración propia tipo: (*)	-	-
	Contenidos elaborados por el S.E.P.E. según código: (**)	-	-
		TOTAL HORAS:	
CENTRO QUE IMPARTIRÁ LA FORMACIÓN (Deberá marcar y cumplimentar una opción)	FORMACIÓN TRANSVERSAL DE ELABORACIÓN PROPIA.		
	☐ Un centro formativo externo a la entidad beneficiaria de la subvención: Nombre del centro: ; Titular del centro: ; CIF-NIF-NIE: ; Dirección: Calle C.P. Municipio: Teléfono: ; Nombre del tutor del centro: .		
	☐ Personal docente externo a la entidad beneficiaria de la subvención cualificado para impartir dicha formación transversal: NIF: ; Nombre y Apellidos: ; Dirección del aula: Calle C.P. Municipio: Teléfono: .		
	FORMACIÓN TRANSVERSAL INCLUIDA EN EL CATÁLOGO DE ESPECIALIDADES FORMATIVAS DEL S.E.P.E.		
	☐ La entidad beneficiaria de la subvención, por estar inscrita como centro de formación para dicha formación transversal del catálogo: Centro inscrito Nº censo: ; Nombre del centro: ; CIF-NIF-NIE: ; Dirección: Calle C.P. Municipio: Teléfono: ; Nombre del tutor del centro: .		
	☐ Un centro formativo externo a la entidad beneficiaria de la subvención inscrito como centro de formación para dicha formación transversal del catálogo: Centro inscrito Nº censo: ; Nombre del centro: ; Titular del centro: ; CIF-NIF-NIE: ; Dirección: Calle C.P. Municipio: Teléfono: ; Nombre del tutor del centro: .		



(Logotipo de la entidad beneficiaria)

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