|  |
| --- |
| **Código SIACI genérico** |
| **SK7E**  |

|  |
| --- |
| **ANEXO X****APORTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN AL PROCEDIMIENTO Nº 030695 TRAMITE PKTG** |
| **JUSTIFICACIÓN DE SUBVENCIÓN (ORIENTADOR/A LABORAL)****PROYECTOS “FORMACIÓN-PLUS”** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** |
|  |
| Razón social: |       | NIF: |       |
|  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       | C.P.: |       | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       | Fax: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |
| El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación, y en su caso, de pago. El solicitante está obligado a la comunicación por medios electrónicos. La notificación electrónica se realizará en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> Compruebe que está usted registrado y que sus datos son correctos. |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
|  |
| NIF [ ]  NIE [ ]  | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       | C.P.: |       | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Trabajo, Formación y Seguridad Laboral |
| **Finalidad** | Gestión de los programas mixtos de formación y empleo |
| **Legitimación** | Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos.Ley 30/2015, de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el empleo en el ámbito laboral |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos  |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PROYECTO** |
|  |
| Denominación del proyecto: |       |  |
|  |
| Provincia: |       | Población: |       |  |
|  |
|  Nº expediente:  |       |  |
|  |
|  |
| Denominación C.P. realizado |       |  |
|  |
| Código C.P.  |       | Número de alumnos:  |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| **JUSTIFICACIÓN DE GASTOS EN CONCEPTO DE ORIENTACIÓN LABORAL** |
| Gastos orientación laboral (días asistencia orientador/a x importe día)  | 1 |       |
| Importe abonos recibidos mediante anticipos  | 2 |       |
| Importe a devolver (2-1) | 3 |       |
| Importe por el que solicita transferencia (1-2 ) | 4 |       |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DE REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN** |
| La persona abajo firmante, en representación de la entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:* El contrato del orientador/a laboral se ha iniciado con fecha       y ha finalizado con fecha      .

Además, declara aportar la siguiente documentación:   Informe de vida laboral de la entidad durante el periodo de desarrollo del proyecto que permita comprobar el periodo de alta del orientador/a laboral (en caso de haber manifestado su oposición a su comprobación por la Administración).   Control de asistencia del orientador/a laboral durante el periodo de desarrollo del proyecto conforme al modelo que se adjunta en este anexo. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En |       | a |    | de |       | de 20 |    |
|  |
| Fdo: |       |

Firma electrónica del representante legal de la entidad solicitante

|  |
| --- |
| **DIRECCIÓN GENERAL DE TRABAJO, FORMACIÓN Y SEGURIDAD LABORAL. CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, EMPRESAS Y EMPLEO.**Código DIR3: A08013842- |

|  |
| --- |
| **CONTROL DE ASISTENCIA ORIENTADOR/A LABORAL** |
| **Nombre y apellidos del Orientador/a:**       | **N.I.F**.:       |
| **Horario: De**       **a**       |
|  | **Semana del**       **al**      | **Semana del**        **al**      | **Semana del**       **al**      | **Semana del**       **al**      | **Semana del**       **al**      |
| **Lunes** |  |  |  |  |  |
| **Martes** |  |  |  |  |  |
| **Miércoles** |  |  |  |  |  |
| **Jueves** |  |  |  |  |  |
| **Viernes** |  |  |  |  |  |
| **Sábado** |  |  |  |  |  |
| **Domingo** |  |  |  |  |  |

\* El Orientador/a laboral deberá firmar todos los días de asistencia en el espacio correspondiente

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En |       | a |    | de |       | de 20 |    |
|  |
| Fdo: |       |

Firma del representante legal de la entidad solicitante