



**ANEXO III**

**PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO**

**LÍNEA DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL**

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN**

1. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL				
MUNICIPIO, COMUNA O JUNTA DE GOBIERNO				
INTENDENTE/A (NOMBRES Y APELLIDO)				
DOMICILIO				
PROVINCIA				
VÍAS DE CONTACTO	TELÉFONO		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO			C.P.	
FACEBOOK			INSTAGRAM	
TWITER			LINKEDIN	
OTRA RED SOCIAL				

1.1- INDIQUE BREVEMENTE LAS RAZONES POR LAS CUALES DESEA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO - LÍNEA ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL EN SU JURISDICCIÓN.	
1.2 – POBLACIÓN DESTINATARIA DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA.	
CANTIDAD ESTIMADA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO DE LA JURISDICCIÓN	
ESTIMACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO QUE ADHERIRÁN AL PROGRAMA	

2. CONDICIONES INSTITUCIONALES			
COORDINADOR/A DE LA OFICINA DE EMPLEO			
TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	

2.1 EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE EMPLEO		
NOMBRE Y APELLIDO	ROL	CAPACITACIÓN EN DISCAPACIDAD Y EMPLEO (SI/NO)



Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

“2022 – Las Malvinas son Argentinas”

### ANEXO III

2.1 CAPACITADORES/AS CON LOS QUE CUENTA LA OFICINA DE EMPLEO.		
NOMBRE Y APELLIDO	NIVEL EDUCATIVO	DETALLAR BREVEMENTE EXPERIENCIA LABORAL EN DICTADO DE TALLERES (ADJUNTAR CV)

2.2 EQUIPAMIENTO CON EL QUE CUENTA LA OFICINA DE EMPLEO			
TIPOLOGÍA	CANTIDAD		
COMPUTADORAS DE ESCRITORIO			
NOTEBOOK			
IMPRESORA			
IMPRESORA C/SCANNER			
CAÑÓN PROYECTOR			
OTROS:			
¿LA OFICINA DE EMPLEO CUENTA CON EQUIPAMIENTO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES?	SI		NO

2.2.1- ¿LA INFRAESTRUCTURA EDILICIA ES ACCESIBLE PARA ATENDER A PERSONAS CON DISCAPACIDAD? (ANEXAR CROQUIS)	Sí		No	
---	----	--	----	--



*Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social*

**ANEXO III**

<b>3. PRESTACIONES DEL MTEYSS CON LOS QUE TRABAJA LA OFICINA DE EMPLEO</b>				
PRESTACIONES		PERSONAS		CANTIDAD DE PROYECTOS /CURSOS
		CANTIDAD ESTIMADA	CAPACIDAD DE INCORPORAR MÁS PERSONAS (Si-No)	
OFICINA DE EMPLEO	TALLERES DE ORIENTACIÓN LABORAL			
	TALLERES DE APOYO A LA BÚSQUEDA DE EMPLEO			
	TALLER DE ORIENTACIÓN AL TRABAJO INDEPENDIENTE			
ENTRENAMIENTO PARA EL TRABAJO	SECTOR PRIVADO			
	SECTOR PÚBLICO			
	SECTOR INSTITUCIONES SIN FINES DE LUCRO			
EMPRESARIOS INDEPENDIENTES	CURSOS DE GESTIÓN EMPRESARIAL			
	SUBSIDIO DE EMPLEO INDEPENDIENTE			
FORMACIÓN	FORMACIÓN PROFESIONAL			
INSERCIÓN LABORAL	SECTOR PRIVADO			
	SECTOR PÚBLICO			
OTRAS MUNICIPALES				
OTRAS PROVINCIALES				



*Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social*

**ANEXO III**

<b>4. PLAN DE ACCIÓN DE LA OFICINA DE EMPLEO</b>	
<b>4.1 PRIMER SEMESTRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACCIONES DE DIFUSIÓN DE LAS PRESTACIONES DE LA SECRETARÍA DE EMPLEO (DETALLAR)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OTRAS ESTRATEGIAS DE VINCULACIÓN CON EMPRESAS/EMPLEADORES/AS A IMPLEMENTAR (DETALLAR)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACTORES LOCALES CON LOS QUE SE ARTICULARÁN ACCIONES TENDIENTES PARA CUMPLIR CON LAS PRESTACIONES DE PROMOVER.</li> </ul>	
<b>4.2 SEGUNDO SEMESTRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACCIONES DE DIFUSIÓN DE LAS PRESTACIONES DE LA SECRETARÍA DE EMPLEO (DETALLAR)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OTRAS ESTRATEGIAS DE VINCULACIÓN CON EMPRESAS/EMPLEADORES/AS A IMPLEMENTAR (DETALLAR)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACTORES LOCALES CON LOS QUE SE ARTICULARÁN ACCIONES TENDIENTES PARA CUMPLIR CON LAS PRESTACIONES DE PROMOVER.</li> </ul>	



Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

**ANEXO III**

5. SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA - COMPROMISOS	
<p>LA/EL QUE SUSCRIBE, EN MI CARÁCTER DE ..... DE                      ..... DE LA                      ....., POR EL PRESENTE SOLICITO AL MINISTERIO DE TRABAJO,                      EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE                      EMPLEO – LÍNEA ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, EN NUESTRA JURISDICCIÓN.</p> <p>CON TAL OBJETO, MANIFIESTO CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA QUE LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ESTE FORMULARIO ES FIDEDIGNA,                      AFIRMO CONOCER Y ACEPTAR LA NORMATIVA REGULATORIA DEL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE                      EMPLEO – LÍNEA ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, ASUMO LAS OBLIGACIONES ALLÍ IMPUESTAS Y COMPROMETO                      SU CUMPLIMIENTO.</p> <p>DE IGUAL MANERA, GARANTIZO Y COMPROMETO LA PARTICIPACIÓN DE LA OFICINA DE EMPLEO, EN LAS TAREAS DE CONVOCATORIA, ENTREVISTA,                      DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS QUE OPTEN POR INCORPORARSE AL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE                      OPORTUNIDADES DE EMPLEO – LÍNEA ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL, COMO ASÍ TAMBIÉN EN LA                      CONSTRUCCIÓN, PROMOCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL ESQUEMA LOCAL DE PRESTACIONES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL PARA OFRECER A LOS                      TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD DESOCUPADOS QUE PARTICIPEN.</p>	
FIRMA .....	ACLARACIÓN .....
TIPO Y N° DE DOCUMENTO .....	LUGAR Y FECHA .....

**NOTA: LAS HOJAS ANTERIORES DEL PRESENTE FORMULARIO DEBERÁN ESTAR RUBRICADAS EN SU MARGEN IZQUIERDO CON LA FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE.**

6. PARA COMPLETAR POR LA AGENCIA TERRITORIAL
<p><b>6.1 – EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES INSTITUCIONALES (OFICINA DE EMPLEO Y PRESTACIONES DEL MTEYSS).</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>6.2 – EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO – LÍNEA DE</b></p>



*Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social*

**ANEXO III**

ACTIVIDADES DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (PROMOCIÓN Y CONVOCATORIA)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
6.3 – OBSERVACIONES	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
6.4 – RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
FIRMA DEL/LA JEFA/E TERRITORIAL	.....
ACLARACIÓN	.....
LUGAR Y FECHA	.....



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
Las Malvinas son argentinas

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO III - Formulario de Propuesta de Implementación

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 6 pagina/s.