ANEXOS PARA EFECTIVIZAR EL REEMPADRONAMIENTO

Anexo I
SOLICITUD DE REEMPADRONAMIENTO

Centro de Capacitación y Formación Profesional: …….

……(nombre y apellido del firmante), en carácter de Director/a, me presento en forma personal y acreditando identidad, como condición esencial del trámite, ante la Dirección General Fiscalizadora de Agencias y Seguridad Privada, en el domicilio de la calle 56 Nº 370 entre 2 y 3, de la Ciudad de La Plata, a efectos de solicitar el reempadronamiento del Centro de Capacitación y Formación Profesional que dirijo.

Adjunto ….. formularios Anexos debidamente completados y firmados en carácter de declaración jurada.

Adjunto también los libros de contenidos, asistencia, actas y exámenes finales, rubricados y foliados por la Dirección General Fiscalizadora de Agencias y Seguridad Privada, para ser verificados e intervenidos y ser devueltos en el mismo acto.

Asimismo se acompaña un soporte magnético en disco (CD-ROM), con toda la información declarada en los formularios mencionados.

Declaro conocer y aceptar los términos de los arts.10, 11 y 12 de la Resolución Nº3 de la Subsecretaría de Planificación que se transcriben a continuación:

ARTÍCULO 10º. La falta de presentación al reempadronamiento de los Centros de Capacitación y Formación Profesional en el plazo establecido, con la totalidad de la información y documentación requerida, producirá los siguientes efectos:

a) La imposibilidad de iniciar nuevos cursos de formación y capacitación y la no aceptación de trámites y notificaciones ante la Dirección General Fiscalizadora de Agencias y Seguridad Privada, hasta tanto no se cumpla con la presente;

b) La aplicación de las sanciones previstas en la legislación vigente.

ARTÍCULO 11º. La presentación de la solicitud de reempadronamiento y de los formularios en carácter de declaración jurada establecidos en el artículo 6º de la presente, en ningún caso implica la aprobación del plantel docente. La Dirección General Fiscalizadora de Agencias y Seguridad Privada se encuentra facultada a requerir más información sobre los antecedentes y experiencia de los docentes.

ARTÍCULO 12º. Una vez verificada y analizada la información presentada y eventualmente subsanados los errores u omisiones, en tiempo y forma, la Dirección General Fiscalizadora de Agencias y Seguridad Privada procederá al reempadronamiento del Centro de Capacitación y Formación Profesional.

Las notificaciones que se realicen en el domicilio dado de alta como sede o domicilio legal y que a continuación indico: …….....(Calle/Avenida),…….…….……(entre calles),……(numeración),…… (Piso),…….……(Departamento/oficina),……..……..(Paraje o localidad),……(Partido),.. …….(Provincia) serán tenidas por válidas.

Acepto que las notificaciones sean remitidas al siguiente correo electrónico…… enviadas con aviso de lectura, que me comprometo a contestar.

……	……	……..
Firma	Aclaración	DNI / LC / LE

Anexo II
DECLARACIÓN DE DATOS

Centro de Capacitación y Formación Profesional: …….
Domicilio: …… N°: …… Entre: …….....
y ……Localidad: …….. Partido: ……

Teléfono: …… Correo electrónico: ……
CUIT: ….-…….-……. Matrícula de inscripción en Personas Jurídicas:……

Lugar de realización de actividades físicas:……..……
Institución perteneciente (en caso que corresponda):……..…

Lugar del polígono de tiro:…….……..
Institución perteneciente (en caso que corresponda):……..

Director/a

Documento		Apellido	Nombre	Fecha de ingreso
Tipo	Número			

Plantel docente e instructor/a de tiro:

	Documento		Apellido	Nombre	Materia	Fecha de ingreso
	Tipo	Número				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Plantel médico:

	Documento		Apellido	Nombre	Fecha de ingreso
	Tipo	Número			
1					
2					
3					

El/la que suscribe en su carácter de Director/a del Centro de Capacitación y Formación Profesional, afirma que los datos consignados en este anexo son correctos y completos, y que se ha confeccionado esta Declaración Jurada, sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad. Asimismo manifiesta su compromiso de mantener la dirección de correo electrónico detallada, comprometiéndose a notificar cualquier modificación a la misma, aceptando el correo electrónico como medio fehaciente de notificación.

Firma Aclaración Lugar y fecha

Anexo III
Curriculum Vitae

1. DATOS PERSONALES

Apellido y nombres:

Tipo y número de documento:
Lugar y fecha de Nacimiento:
Estado civil:
Domicilio particular: CP: Teléfono:
Domicilio profesional: CP: Teléfono:
Teléfono:
Correo electrónico:

2. NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO

Título:
Institución:
Año de egreso:

3. OTROS ESTUDIOS

4. EXPERIENCIA DOCENTE

Institución:
Asignatura:
Cargo docente:
Período:

4. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Institución:
Cargo:
Período:

Declaro que todos los datos arriba consignados son verdaderos

Firma (del director/a o docente, según corresponda) Aclaración Tipo y Nº de documento de identidad

Lugar y fecha

Declaración sobre inhabilitaciones e incompatibilidades establecidas en el artículo 8º de la Ley Nº 12.297

Art. 8º - No podrán desempeñarse en el ámbito de la seguridad privada, las siguientes personas:
1) Quienes hayan sido excluidos de las fuerzas armadas, de seguridad, policiales, del servicio penitenciario u organismos de inteligencia por delitos o faltas relacionadas con las actividades reguladas por la presente.
2) Quienes se beneficiaron con las Leyes 23.492 ó 23.521 e indultados por hechos que constituyan violación a los derechos humanos.
3) Quienes posean antecedentes por condenas o procesos judiciales en trámite por delitos dolosos, o culposos relacionados con el ejercicio de la función de seguridad.
4) Quienes hayan sido inhabilitados por infracciones a la presente Ley.
5) Quienes sean personal en actividad de las fuerzas armadas, de seguridad, policiales, del servicio pe-nitenciario u organismos de inteligencia.

Manifiesto con carácter de declaración jurada, no encontrarme alcanzado por ninguna de las inhabilitaciones e incompatibilidades establecidas en el artículo 8º de la Ley Nº 12.297 (bajo apercibimiento de las penalidades previstas en el art. 293 del Código Penal)

Firma (del director/a o docente, según corresponda)	Aclaración	Tipo y Nº de documento de identidad
Lugar y fecha		