



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
VICEJEFATURA DE GOBIERNO- SECRETARÍA DE BIENESTAR INTEGRAL
COMISIÓN PARA LA PLENA PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (COPIDIS)

ANEXO II - CONVENIO DE CAPACITACIÓN -
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a losdel mesdel año 2024, entre el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representado en este acto por el Presidente de la Comisión para la Plena Participación e Inclusión de Las Personas con Discapacidad (COPIDIS) dependiente de Vicejefatura de Gobierno- Secretaría de Bienestar Integral, Lic. Leonardo Gabriel Ruiz, DNI N° 26.873.675, con domicilio en la Av. Rivadavia 524 2° piso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por una parte en adelante, “el GCBA” y el/la Sr/Sra CUIL N°..... con domicilio en la calle

..... la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Celular.....
E-Mail, Teléfono y Email de

Apoyo..... por la otra parte, y en adelante denominado “el beneficiario”, acuerdan celebrar el presente convenio, que se regirá por las siguientes CLÁUSULAS:

PRIMERA: El beneficiario se ha inscripto en el curso de formación laboral/ la carrera de a cursarse en

SEGUNDA: El presente convenio se suscribe por.....meses comprendido desde el mes de hasta el mes de..... del año 2024.

TERCERA: El GCBA abonará al beneficiario la suma de \$.....(.....) en concepto de asignación estímulo por cada mes de capacitación/estudios cursados acreditado en tiempo y forma mediante la presentación de la correspondiente constancia de asistencia.

CUARTA: En ningún caso la suma abonada generará a favor del beneficiario derecho a remuneración o retribución alguna ni será causal de obligaciones de naturaleza tributaria o destinarse a los sistemas de previsión social, de retiro o de salud. El presente convenio no generará ningún vínculo laboral o relación jurídica alguna con el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los términos establecidos en la Ley N° 471 de régimen de empleo público, no pudiendo el beneficiario, bajo ningún concepto, ser considerado o asimilado a funcionarios o empleados públicos.

QUINTA: El beneficiario deberá cumplir con las normas y reglamentos internos del establecimiento en el que se desarrolle la capacitación de formación laboral o los contenidos curriculares de la institución educativa a la que asiste.

SEXTA: El beneficiario deberá presentar del día 1° al 10 de cada mes al mail

becascopidis@buenosaires.gob.ar los certificados de asistencia y/o constancia de alumno/a regular según corresponda (ésto es un requisito excluyente). En caso de incumplimiento el beneficiario será pasible de la sanción establecida en el punto 5° del Programa de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad, no pudiendo reclamar cobro alguno.

SÉPTIMA: El plazo de duración de la beca dependerá de la duración de la capacitación convenida, renovable con la firma del correspondiente convenio el que podrá suspenderse o rescindirse si el beneficiario no cumpliere con las obligaciones asumidas. La suspensión, rescisión, resolución o cualquier otro tipo de interrupción de la capacitación no dará derecho a indemnización alguna para el beneficiario.

OCTAVA: El pago de la asignación se efectuará mediante una Tarjeta Prepaga Cabal del Banco de la CABA.

NOVENA: El beneficiario manifiesta expresamente que conoce y acepta los términos del Reglamento del Programa de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad.

DÉCIMA: Para el caso de controversia judicial, las partes se someten a los Tribunales en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con expresa exclusión de cualquier otro fuero o jurisdicción, a cuyo fin el beneficiario constituye domicilio en el designado en el encabezamiento. En tanto el GCBA

constituye domicilio a todos los efectos procesales en la calle Uruguay 458, Capital Federal, Departamento Oficios

Judiciales y Cédulas de la Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires, conforme a lo establecido por el artículo 20 de la Ley N° 1.218.

Firma: Beneficiario del Programa