

Regione
Siciliana



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 13
FONDO POVERTA' 2020

Spazio riservato al Comune Prot. n. _____ data: _____

Ai Servizi Sociali del Comune di _____

Oggetto: Adesione progetto FONDO POVERTA' 2020.

Il/la sottoscritt _____ C.F. _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

e residente a _____ Prov. di _____

in Via _____ N° _____ rappresentante legale dell'azienda con

ragione sociale _____ Forma giuridica _____

con sede legale in _____ prov. _____ Via _____ n. _____

tel. _____ fax _____ e-mail _____

cellulare _____ sede/i operativa/e: _____

Visto l'avviso pubblico del _____

DICHIARA

- di essere disponibile ad ospitare n. _____ tirocinanti nella propria sede operativa di: _____

Via _____ Tel. _____ Fax _____

e-mail _____, finanziati dal Progetto "FONDO POVERTA'
2020", indetto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali);

- di essere iscritto nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. in data _____ n. _____

per la tipologia dell'attività _____

- di avere in carico n. _____ dipendenti, come da calcolo dell'U.L.A. (Decreto Ministero Attività Produttive del 18.4.2005);