



REGIONE ABRUZZO
DIPARTIMENTO POLITICHE PER LA SALUTE E IL WELFARE
SERVIZIO PER IL BENESSERE SOCIALE
PO FSE ABRUZZO 2014/2020

PROGETTO SPECIALE
“ABRUZZO INCLUDE”
ASSE 2 – INCLUSIONE SOCIALE

Titolo Progetto: E'

Finanziato con Determina Dirigenziale DPF013 n.43 del 17.05.2017
CUP: C29J17000120006

DOMANDA SOGGETTO OSPITANTE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

Telefono: _____ Fax _____ e-mail _____

In qualità di legale rappresentante di :

Tipologia di soggetto _____

Sede nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N. civico _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Codice Fiscale/P.IVA _____

CHIEDE

Di poter ospitare N. _____ tirocini lavorativi ai sensi dell'avviso: _____

_____ titolo progetto: _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.,

DICHIARA

- che il numero di dipendenti a tempo indeterminato è pari a _____
- che il numero totale di tirocini già attivi è pari a _____

La sede prevista per lo svolgimento del tirocinio è situata presso il Comune di _____

Provincia _____ Cap _____ Via _____ N. _____

Le attività in cui sarà impegnato il tirocinante sono le seguenti (dettagliare le mansioni da svolgere):

Si autorizza il trattamento dati ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” per le finalità relative alle procedure di assegnazione dei benefici per l'intervento in essere.

Luogo e Data

Timbro e firma del legale rappresentante

Si allega copia del documento di identità del dichiarante