



D10

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO
COMUNE DI SUTERA**
PROVINCIA DI CALTANISSETTA

Prot. n. 8428

Cat.	Cl.	Fasc.
<input type="checkbox"/> sindaco <input type="checkbox"/> giunta <input type="checkbox"/> consiglio <input type="checkbox"/> segretario <input type="checkbox"/> affari gen. <input type="checkbox"/> ragioneria <input type="checkbox"/> personale <input type="checkbox"/> tributi <input type="checkbox"/> ufficio elettorale	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 30 DIC. 2020 </div> <input type="checkbox"/> servizi demografici <input type="checkbox"/> servizi sociali <input type="checkbox"/> pubblica istruzione <input type="checkbox"/> biblioteca <input type="checkbox"/> polizia locale	<input type="checkbox"/> messi <input type="checkbox"/> albo <input type="checkbox"/> accessori <input type="checkbox"/> commercio <input type="checkbox"/> S.U.A.P. <input type="checkbox"/> edilizia <input type="checkbox"/> privata <input type="checkbox"/> lavori pubblici

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D10

Comune capofila – Mussomeli (CL)

Piazza della Repubblica - 93014 CL

Centralino: 0934961111 - Fax: 0934991227

Sito Internet: www.comunedimussomeli.it - PEC: comunemussomeli@legalmail.it

Progetto "BEF"

**– Borse Esperienza Formativa – di cui al Piano di Zona –
Programmazione 2013/2015 - 3^a annualità progettuale**

Adesione della Azienda Ospitante

Comune di _____ Spett.le
Via _____

Oggetto: Avviso per Progetto "BEF" - - Borse Esperienza Formativa - di cui al Piano di Zona - Programmazione 2013/2015 - **3^a** annualità progettuale

ADESIONE AZIENDA OSPITANTE

Il sottoscritto/a:

Nome e cognome			
Nato/a	a:	il:	
Residente in	Via:		
	CAP:	Comune	Prov:
Codice Fiscale			

in qualità di legale rappresentante della Ditta

Ragione sociale della PMI:			
Sede legale	Via:		
	CAP:	Comune	Prov.:
	Tel.:	Fax:	E-mail:
Codice fiscale		Partita Iva	
N° Iscrizione R.E.A. della CCIAA:			
Settore di Attività (codice Ateco)			
Descrizione del prodotto/servizio			

avente sede/i produttiva/e sita/e in:

SEDE PRODUTTIVA 1.	Via:		
	CAP:	Comune	Prov.:
	Tel.:	Fax:	E-mail:

consapevole delle responsabilità civili e penali conseguenti al rilascio di dichiarazioni false e mendaci

SI RENDE DISPONIBILE

ad ospitare per attività di formazione/tirocinio un numero di giovani pari a _____, in accordo con il Distretto Socio->Sanitario D10 proponente dell'intervento.

DICHIARA

che il numero di dipendenti dell'impresa con contratto di lavoro a tempo indeterminato è: _____

Al fine di seguire più appropriatamente il/i tirocinante/i nell'attività aziendale, l'organizzazione ospitante individua un referente che segua l'allievo/i e si relazioni con il docente, nella persona di:

Nome e cognome			
Posizione / ruolo			
Tel.:	Fax:	E-mail:	

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante dell'Azienda Ospitante
