



D10

DISTRETTO SOCIO SANITARIO

COMUNE DI SUTERA

PROVINCIA DI CALTAGIRONE

Prot. n. 9428

Cat. Cl. Fasc.

<input type="checkbox"/> sindaco	<input type="checkbox"/> 30 DIC. 2020	<input type="checkbox"/> messi
<input type="checkbox"/> giunta	<input type="checkbox"/> servizi demografici	<input type="checkbox"/> albo
<input type="checkbox"/> consiglio	<input type="checkbox"/> servizi sociali	<input type="checkbox"/> accessori
<input type="checkbox"/> segretario	<input type="checkbox"/> pubblico istruzione	<input type="checkbox"/> commercio
<input type="checkbox"/> affari gen.	<input type="checkbox"/> biblioteca	<input type="checkbox"/> S.U.A.P.
<input type="checkbox"/> regioneria	<input type="checkbox"/> polizia locale	<input type="checkbox"/> edilizia
<input type="checkbox"/> personale		<input type="checkbox"/> privata
<input type="checkbox"/> tributi		<input type="checkbox"/> lavori
<input type="checkbox"/> ufficio elettorale		<input type="checkbox"/> pubblici

messi

albo

accessori

commercio

S.U.A.P.

edilizia

privata

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

Spett.le

Comune di _____
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