



Mussomeli

Acquaviva D.

Campofranco

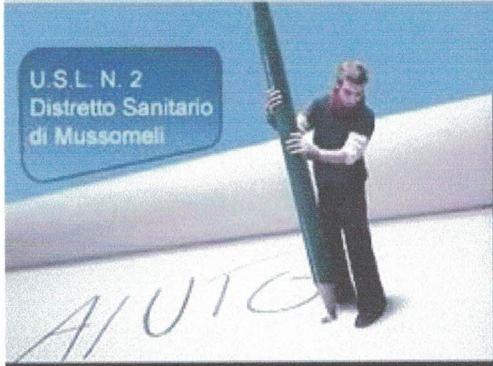
Suteria

Valledlunga D.

Villaiba



DISTRETTO  
SOCIO SANITARIO



## **DISTRETTO SOCIO SANITARIO D10**

*Comune capofila – Mussomeli (CL)*

*Piazza della Repubblica - 93014 CL*

*Centralino: 0934961111 - Fax: 0934991227*

*Sito Internet: [www.comunedimussomeli.it](http://www.comunedimussomeli.it) - PEC: [comunemussomeli@legalmail.it](mailto:comunemussomeli@legalmail.it)*

*Progetto “BEF”*

*– Borse Esperienza Formativa – di cui al Piano di Zona –  
Programmazione 2013/2015 - 2<sup>a</sup> annualità progettuale*

**Adesione della Azienda Ospitante**

Spett.le  
Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Avviso per Progetto "BEF" - -- Borse Esperienza Formativa - di cui all'Implementazione al Piano di Zona - Programmazione 2013/2015 - 2^ annualità progettuale

<b>ADESIONE AZIENDA OSPITANTE</b>
-----------------------------------

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:

<b>SEDE PRODUTTIVA 1.</b>	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

\_\_\_\_\_