



Mussomeli

Acquaviva D.

Campofranco

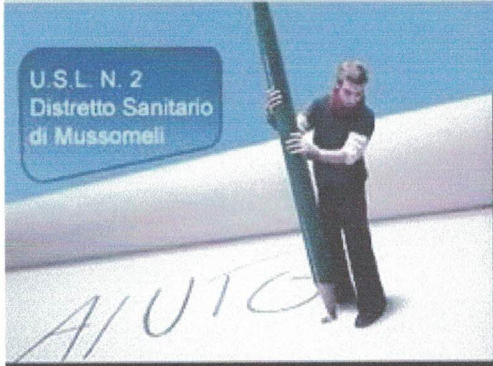
Suteria

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<br>(codice Ateco) |       |             |         |
| Descrizione del<br>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

\_\_\_\_\_