

**AVVISO PUBBLICO
“TIROCINI FORMATIVI ED INCENTIVI ALL’ASSUNZIONE
DI PERSONE DISABILI”**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ASPIRANTI SOGGETTI EROGATORI DELLE
ATTIVITA’ INTEGRATIVE E DI SUPPORTO**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

in qualità di titolare/legale rappresentante di _____

consapevole delle responsabilità penali – richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 – cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di aver preso visione dell’Avviso Pubblico della provincia di Potenza denominato “Tirocini formativi ed incentivi all’assunzione di persone disabili”;
- di possedere i requisiti, previsti dall’art. 4 lett. c) di detto Avviso Pubblico;
- di avere interesse a partecipare alle attività in qualità di soggetto erogatore delle attività integrative e di supporto ai tirocinanti disabili, e si dichiara disponibile ad ospitare n. _____ partecipanti.

A tal fine, , fornisce i seguenti dati e si rende disponibile a comunicare alla provincia di Potenza tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell’espletamento delle attività istruttorie.

DATI ANAGRAFICI DELL'ASPIRANTE SOGGETTO EROGATORE
(compilare il modulo relativamente alle informazioni pertinenti alla natura del soggetto)

Denominazione _____

Natura giuridica _____

Codice fiscale _____ P. IVA _____

Descrizione sintetica attività principale: _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____

CAP _____ Telefono _____ Fax _____

Indirizzo sede operativa in provincia di Potenza:

via/piazza _____ Comune _____

CAP _____ Telefono _____ Fax _____

Indirizzo sede operativa in provincia di Potenza:

via/piazza _____ Comune _____

CAP _____ Telefono _____ Fax _____

PRINCIPALI FINALITA' DELL'ORGANIZZAZIONE *(Massimo 250 caratteri spazi inclusi)*

Area vuota per la compilazione delle principali finalità dell'organizzazione.

EVENTUALI ESPERIENZE PREGRESSE SIMILI ALLE ATTIVITA' PREVISTE DALL'AVVISO

(Per ogni esperienza occorre indicare – in modo sintetico – i destinatari, gli obiettivi, l'oggetto dell'attività, la durata, il luogo dell'intervento. Massimo 2000 caratteri spazi inclusi)

ATTIVITA' CHE SI PROPONE DI OFFRIRE AI PARTECIPANTI

*(obiettivi, articolazione orari, contenuti, modalità di erogazione)
(Massimo 1500 caratteri spazi inclusi)*

Il/La sottoscritto/a allega alla presente copia di un documento d'identità del/della sottoscritto/legale rappresentante del Soggetto manifestante interesse.

Il/La sottoscritto/a chiede che la corrispondenza, relativa alla presente procedura, venga inoltrata al seguente indirizzo:

Destinatario _____

via/piazza _____ Comune _____ Prov. _____

CAP _____ Telefono _____

(Luogo e data)

Timbro e firma del legale rappresentante

Liberatoria per il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a _____

AUTORIZZA

il trattamento delle informazioni contenute nel presente documento ai sensi del D.Lgs. 196/03.

(Luogo e data)

Firma
