



**REGIONE ABRUZZO**  
**DIPARTIMENTO POLITICHE PER LA SALUTE E IL WELFARE**  
**SERVIZIO PER IL BENESSERE SOCIALE**

**PO FSE ABRUZZO 2014/2020**

**PROGETTO SPECIALE**  
**“ABRUZZO INCLUDE”**  
**ASSE 2 – INCLUSIONE SOCIALE**

## ***Titolo Progetto: BE ON***

Finanziato con Determina Dirigenziale n.58/DPF013 del 17.05.2018  
CUP: C39GI8000070006

## **DOMANDA SOGGETTO OSPITANTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di legale rappresentante di:

Tipologia di soggetto \_\_\_\_\_

Sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter ospitare N. \_\_\_\_\_ tirocini lavorativi ai sensi dell'avviso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ titolo progetto: \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.,

### **DICHIARA**

- che il numero di dipendenti a tempo indeterminato è pari a \_\_\_\_\_
- che il numero totale di tirocini già attivi è pari a \_\_\_\_\_

La sede prevista per lo svolgimento del tirocinio è situata presso il Comune di \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Le attività in cui sarà impegnato il tirocinante sono le seguenti (dettagliare le mansioni da svolgere):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dati ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" per le finalità relative alle procedure di assegnazione dei benefici per l'intervento in essere.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

*Si allega copia del documento di identità del dichiarante*