



Comune di Capo d'Orlando

(Città Metropolitana di Messina)

Area Omogenea Territoriale Distrettuale n. 2

Comuni di: Capo d'Orlando – Capofila – Capri Leone – Torrenova

All. B)

AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO

Ufficio Piano dell'AOD n. 2 Dss 31

ALLEGATO B – ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE LONG LIST per la realizzazione dei TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS31. PAO 2019/2020. CUP. C11B21009340002.

Dati identificativi dell'organico

3.1.1 Soggetto Proponente

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____ N.° iscrizione CCIAA _____

Luogo e data di iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

Pec _____

Indirizzo sede operativa interessata _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

P.IVA _____ C.F. _____

Referente

Cognome e nome _____

Posizione _____ Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

3.1.2 TIPOLOGIA SOGGETTO

Barrare la casella corrispondente

Cooperative sociali

Associazioni Cooperative Sociali (tipo A e tipo B)

Associazioni

Fondazioni

3.1.3 NUMERO DIPENDENTI

Barrare la casella corrispondente

Compreso tra 1 e 20

Superiore a 20 ed inf. a 50

Superiore a 50 (n. _____)

3.1.4 PRECEDENTI ESPERIENZE IN ATTIVITA' ANALOGHE

Il soggetto proponente,

CHIEDE

di ospitare presso il proprio Ente n. _____ beneficiari di tirocini di inclusione di cui all'Azione n. 5 del PAO 2019/2020 per la realizzazione di TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS 31 CUP C11B21009340002, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Capo d'Orlando, Capofila dei Comuni associati dell'AOD 2 Distretto Socio Sanitario 31. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Capo d'Orlando tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Luogo Data _____

Firma _____