



REGIONE SICILIA

DIPARTIMENTO REGIONALE FORMAZIONE PROFESSIONALE

**PROGRAMMA OPERATIVO OBIETTIVO CONVERGENZA 2007-2013,
FONDO SOCIALE EUROPEO, REGIONE SICILIANA**

ASSE II OCCUPABILITA'

**Avviso per la Realizzazione di Percorsi Integrati per sostenere l'Inclusione Sociale e
l'Occupabilità di Inoccupati e Disoccupati**

Lettera di adesione dell'organismo ospitante



Oggetto: Avviso Pubblico per la realizzazione di Percorsi Integrati per sostenere l'Inclusione Sociale e l'Occupabilità

**LETTERA DI ADESIONE DELL'ORGANISMO
 OSPITANTE**

Il sottoscritto/a:

Nome e cognome			
Nato/a	a:	il: gg/mm/aaaa	
Residente in	Via:		
	CAP:	Comune	Prov:
Codice Fiscale			

in qualità di legale rappresentante di.....(Organo ospitante)

Ragione sociale dell'Organo ospitante:			
Sede legale	Via:		
	CAP:	Comune	Prov.:
	Tel.:	Fax:	E-mail:
Data costituzione		Codice fiscale	Partita Iva
Iscrizione CCIAA:	Registro Tributario		
Settore di Attività (codice Ateco)			
Descrizione del prodotto/servizio			
CCNL applicato			

avente sede/i produttiva/e sita/e in:

SEDE PRODUTTIVA 1.	Via:		
	CAP:	Comune	Prov.:
	Tel.:	Fax:	E-mail:

(aggiungere per ulteriori sedi se necessario)

SEDE PRODUTTIVA N.2	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 work experience un numero di soggetti pari a _____, in accordo con l'Organismo formativo o il soggetto proponente/mandante ATI/ATS dell'intervento.

In ottemperanza a quanto indicato nel DM 142/98 Regolamento attuativo della legge 196/97;

DICHIARA

che il numero di dipendenti dell'impresa con contratto di lavoro a tempo indeterminato è: _____
e che le sedi produttive nella Regione Siciliana hanno la seguente dimensione _____

Al fine di seguire più appropriatamente il destinatario dell'intervento nell'attività aziendale, l'Organo ospitante individua un referente che lo segua e si relazioni con il tutor, nella persona di:

Nome e cognome		
Posizione / ruolo		
Tel.:	Fax:	E-mail:

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante dell'Organismo formativo o soggetto proponente/mandante ATI/ATS dell'intervento

Timbro e firma del legale rappresentante dell'Organo ospitante