



Unione europea  
Fondo sociale europeo



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

Al Comune di Milazzo  
Ufficio Piano del Distretto socio sanitario 27

**ISTANZA DI ADESIONE PER LA PRESENTAZIONE DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI PER LA REALIZZAZIONE DI TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO PER FAVORIRE L'INSERIMENTO LAVORATIVO DI RESIDENTI NEI COMUNI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.27 E APPARTENENTI A NUCLEI FAMILIARI PRESI IN CARICO NELLE MISURE REI – RdC- A VALERE SUL FONDO SOCIALE EUROPEO 2014/2020 – AVVISO 3/2016- PON INCLUSIONE PER L'ATTUAZIONE DEL SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA (SIA) . CUP: H51H17000160006**

#### Dati identificativi dell'Impresa

##### 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 \_\_\_\_\_  
 C o m u n e \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ e  
 mail \_\_\_\_\_  
 P.IVA \_\_\_\_\_ C..F. \_\_\_\_\_

##### Referente

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
 Posizione \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

##### 2 NUMERO DIPENDENTI

*Barrare la casella corrispondente*

- Compreso da 1 a 5
- Compreso da 6 a 19
- Pari o superiori a 20

##### 3 PRECEDENTI ESPERIENZE IN ATTIVITA' ANALOGHE

Il soggetto proponente,

**CHIEDE**

di ospitare presso la propria Azienda n. \_\_\_\_\_ beneficiari di tirocini di cui all'Azione B.2.b- Tirocini formativi per l'inclusione sociale PROGETTO PON - SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA (SIA) DI CUI ALL'AVVISO 3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI - FSE 2014-2020, CUP: H51H17000160006, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla

normativa di riferimento all'avviso pubblico emanato dal Comune di Milazzo, Capofila del Distretto socio sanitario 27. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Milazzo tutte le informazioni ed integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445/2000, si allega copia fotostatica non autenticata, del seguente documento di identità in corso di validità: Tipo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, con scadenza il \_\_\_\_\_.

Luogo Data

Firma