



Unione europea  
Fondo sociale europeo

PON  
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI



Al Comune di Taormina  
Corso Umberto n. 217  
98037 Taormina (ME)

**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 D32 E APPARTENENTI A NUCLEI FAMILIARI PRESI IN CARICO NELLE MISURE REI – R&D- A VALERE SUL FONDO SOCIALE EUROPEO 2014/2020 – AVVISO 3/2016- PON INCLUSIONE PER L'ATTUAZIONE DEL SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA (SIA) .**

**CUP: E81E17000310006**

### Dati identificativi dell'Impresa

#### 1. SOGGETTO PROPONENTE

Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice ATECO \_\_\_\_\_ N.° iscrizione: CC IAA \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

## 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: E81E17000310006

in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento all'avviso pubblico emanato dal Comune di Taormina, Capofila del Distretto socio Sanitario D 32.

A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Taormina 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