



Comune di Castell'Umberto  
Capofila Sub-Ambito A.O.D. 3 - Distretto Socio Sanitario n. 31

**Allegato A) - Istanza di partecipazione al Progetto "Borse Lavoro" a valere sul Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione", per l'attuazione del Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) / Reddito di Inclusione (REI) - Periodo 2018/2019**

<b>a) Soggetto Proponente</b>		
Denominazione o ragione sociale		
Codice ateco/settore di attività		
Iscrizione CCIAA N.		
Luogo e data di iscrizione		
Descrizione attività		
Indirizzo sede legale		
Comune	Prov. ( )	C.A.P.
Telefono	Fax	
Indirizzo sede operativa interessata		
Comune	Prov. ( )	C.A.P.
Telefono	Fax	
Partita IVA	C.F.	
Indirizzo e-mail		
<b>Referente</b>		
Cognome	Nome	
Posizione		
Telefono	Fax	
Indirizzo e-mail		
<b>b) Tipologia Soggetto</b>		
<i>Barrare la casella corrispondente</i>		
<input type="checkbox"/>	Micro Impresa	
<input type="checkbox"/>	Piccola impresa	
<input type="checkbox"/>	Media impresa	
<input type="checkbox"/>	Grande Impresa	
<b>c) Numero Dipendenti</b>		
<i>Barrare la casella corrispondente</i>		
<input type="checkbox"/>	Compreso tra 1 e 20	
<input type="checkbox"/>	Superiore a 20 ed inf. a 50	
<input type="checkbox"/>	Superiore a 50	
<b>d) Precedenti esperienze in attività analoghe</b>		
<b>E) informazione relative al percorso</b>		
Sede di svolgimento		
Compiti principali da eseguire		

Il Soggetto Proponente,

CHIEDE

di ospitare presso la propria Azienda n. \_\_\_\_ borsista/i ammesso/i alla/e "Borsa/e Lavoro" (SIA) / Reddito di Inclusione (REI) in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'Avviso Pubblico emanato dal Comune di Castell'Umberto in qualità di capofila del Sub-Ambito AOD 3 in data \_\_\_\_\_.

A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_

TIMBRO AZIENDALE E FIRMA

\_\_\_\_\_