



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

ML

MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



AMBITO TERRITORIALE C10
MONDRAGONE CAPOFILIA



CENTRO PER L'IMPIEGO
DI SESSA AURUNCA



CENTRO PER L'IMPIEGO
DI CAPUA

ALLEGATO 1

Spett.le
Ambito Territoriale C10
Comune di Mondragone
- Ufficio di Piano -
Viale della Rifiorita, 2

Il Sottoscritto _____, in qualità di rappresentante legale, dichiara che i dati di seguito riferiti sono resi ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n 445/2000

CARICA SOCIALE

Tipo carica (*) _____ Cod. fiscale _____
 Cognome _____ Nome _____ Sesso _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____
 Luogo di residenza _____ Prov. _____ Indirizzo _____
 C.A.P. _____ Tel. _____ E.mail _____
 Pec. _____

IMPRESA RICHIEDENTE

Partita IVA _____ Ragione Sociale _____
 Luogo (Immettere il Comune dove ha sede l'Impresa) _____
 Prov. _____ Sede Legale _____ C.A.P.: _____
 Tipo impresa _____ Attività svolta dall'impresa _____ Attività a
 cui destinare i borsisti _____
 N. di borsisti disponibile ad accogliere _____

EVENTUALI SPECIFICHE E PREFERENZE:

N.B.:

1. Il modulo dovrà essere compilato obbligatoriamente in ogni sua parte, pena l'esclusione, in stampatello e con penna nera o blu
2. (*) specificare presidente, amministratore delegato, titolare o altro
3. allegare fotocopia non autenticata del documento di riconoscimento di chi firma in corso di validità, pena l'esclusione

Li,

Il Dichiarante

 (firma per esteso e leggibile e timbro della ditta)