

PROGETTO "A.R.I.A. Azioni di Rete per l'Inclusione Attiva" (CUP C79I23000840006)

Modulo «PR FSE+ Abruzzo 2021-2027 – Obiettivo di policy 4 "Un'Europa più sociale" – Priorità III "Inclusione e protezione sociale" – Obiettivo specifico k – Scheda di intervento 3.k.8.1 – Avviso "ABRUZZO INCLUDE 2"» (D.D. n. DPG022/142 del 12/07/2023 e s.m.i.)

Modulo di adesione al Borsino per Soggetti Ospitanti disponibili all'inserimento in percorsi di Borsa lavoro per utenza psichiatrica dei Beneficiari del progetto "A.R.I.A. Azioni di Rete per l'Inclusione Attiva" (CUP C79I23000840006).

La/il sottoscritta/o

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Recapito telefonico	
Recapito e-mail	

in qualità di legale rappresentante dell'Azienda / Ente

Ragione sociale					
Natura giuridica					
Codice fiscale / Partita IVA					
Indirizzo sede legale	Via		n.		C.A.P.
	Comune				Prov.
Indirizzo sede operativa	Via		n.		C.A.P.
	Comune				Prov.
Recapiti	Telefono		Cellulare		
	E-mail				
	P.E.C.				

MANIFESTA

l'interesse a aderire al Borsino di soggetti ospitanti disponibili all'inserimento in percorsi di Borsa lavoro per utenza psichiatrica dei Beneficiari del progetto "A.R.I.A. Azioni di Rete per l'Inclusione Attiva" (C79I23000840006);

**a tal fine
DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false o reticenti,

All.C - Modulo di adesione al borsino dei soggetti ospitanti - percorsi di Borsa lavoro per utenza psichiatrica - DGR n. 143 del 17/03/2023

- la disponibilità ad ospitare n. _____ beneficiari di progetto mediante Borsa lavoro per utenza psichiatrica;
- che le attività oggetto della Borsa lavoro per utenza psichiatrica per le quali il datore di lavoro è disposto ad ospitare i beneficiari di progetto sono le seguenti:

Attività 1	
Attività 2	
Attività 3	

(Aggiungere righe se necessario)

- che il datore di lavoro intende attivare la Borsa lavoro per utenza psichiatrica presso la/le seguente/i sede/i operativa/e:

Indirizzo sede operativa 1	Via		n.		C.A.P.	
	Comune				Prov.	
Indirizzo sede operativa 2	Via		n.		C.A.P.	
	Comune				Prov.	

(Aggiungere righe se necessario)

- che il referente del datore di lavoro da contattare per l'attuazione e la gestione della Borsa lavoro per utenza psichiatrica in favore dei Beneficiari del Progetto è:

Cognome			Nome		
Ruolo					
Recapiti	Telefono			Cellulare	
	E-mail				

- di possedere tutti i requisiti e rispettare le previsioni di cui al presente Avviso.

ALLEGA

- Documento di riconoscimento in corso di validità del Rappresentante legale dell'ente ospitante.**

Luogo e data, _____

Il legale rappresentante¹

¹ La presente manifestazione può essere sottoscritta con firma autografa ovvero con firma digitale. Anche qualora la dichiarazione venga sottoscritta con firma digitale resta necessario allegare copia fronte retro del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.