



ALLEGATO (A)

Alla Provincia di Imperia
Settore Centri per l'Impiego,
Programmazione e Progetti Comunitari
Ufficio Collocamento Mirato
Piazza Roma n. 2
18100 Imperia

**ATTUAZIONE DI TIROCINI DI INSERIMENTO/REINSERIMENTO LAVORATIVO RISERVATI A PERSONE CON
DISABILITÀ E DESTINATI AD AZIENDE PRIVATE OPERANTI NEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI IMPERIA
FINANZIATI CON IL FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DELLE PERSONE DISABILI DI CUI ALL'ART. 14
DELLA LEGGE 68/99**

Oggetto: Domanda di adesione

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

_____ n. _____ Tel. _____

In qualità di legale rappresentante dell'Azienda _____

P.I./C.F. _____ con sede legale in _____

in Via/Piazza _____ n. _____

e Sede operativa in _____ in Via/Piazza _____

_____ n. _____

Settore di attività _____ Codice Istat attività _____

Tel. _____ Fax _____ (campi obbligatori)

E-mail _____ P.E.C. _____ (campi obbligatori)

Totale dipendenti: _____ Base di computo ai sensi dell'art. 3 legge 68/99: _____

Referente da contattare per la pratica in oggetto _____

Principali attività svolte dall'azienda _____

Dichiara

la propria disponibilità ad attivare un'esperienza di tirocinio come da modulistica allegata.

(LUOGO) _____ (DATA)

TIMBRO E FIRMA

Si autorizza al trattamento dei dati personali come previsto ai sensi dell'art 13 del D.lgs 196/03.

(LUOGO) _____ (DATA)

TIMBRO E FIRMA

Si allega: Fotocopia di documento di identità valido del titolare o rappresentante legale