



Modulo di Accreditamento Patronati

**Per la compilazione del presente modulo utilizzare la
procedura ONLINE di Accreditamento
disponibile sul portale <http://bandi.pugliasociale.regione.puglia.it>
così come previsto dall'Avviso e come descritto nel Manuale Allegato all'Avviso stesso**

Al Centro Servizi Bandi Telematici
c/o InnovaPuglia s.p.a.
FAX: 0804670525

Il sottoscritto,

Nome: _____ Cognome: _____

Data di Nascita: _____ Comune di Nascita: _____ Prov. _____

Email: _____ telefono: _____ fax: _____

Codice Fiscale: _____ in qualità di _____

RICHIEDE

l'accreditamento del Patronato riconosciuto ai sensi della L. 152/2001, denominato _____

con sede legale in Via/Corso/Strada _____ n. civ. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Email: _____ PEC: _____ telefono: _____

_____ fax: _____ ente di diritto pubblico/privato promosso da
(Sindacato/Associazione/ecc...) _____ codice
fiscale/partita iva: _____

per l'accesso e abilitazione all'uso dei servizi telematici di presentazione delle domande on line previste dal
bando promosso dall'Assessorato alla Solidarietà della Regione Puglia, approvato con A.D. n. _____ del
_____ e pubblicato sul BURP n. _____ del _____.

Data, _____

Timbro e Firma

Con la presente autorizzo il Sistema Informativo Regionale dei servizi socio-assistenziali al trattamento dei
dati personali ai fini del D.Lgs. 196/03.

Data, _____

Timbro e Firma



Modulo di Accreditamento CAF

**Per la compilazione del presente modulo utilizzare la
procedura ONLINE di Accreditamento
disponibile sul portale <http://bandi.pugliasociale.regione.puglia.it>
così come previsto dall'Avviso e come descritto nel Manuale Allegato all'Avviso stesso**

Al Centro Servizi Bandi Telematici
c/o InnovaPuglia s.p.a.
FAX: 0804670525

Il sottoscritto,

Nome: _____ Cognome: _____

Data di Nascita: _____ Comune di Nascita: _____ Prov. _____

Email: _____ telefono: _____ fax: _____

Codice Fiscale: _____ in qualità di _____

RICHIEDE

l'accreditamento del CAF denominato _____

con sede legale in Via/Corso/Strada _____ n. civ. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Email: _____ PEC: _____

telefono: _____ fax: _____ ente di diritto pubblico/privato promosso da
(Sindacato/Associazione/ecc...) _____ codice fiscale/partita iva: _____

_____ iscritto all'albo dipendenti/imprese con il
numero: _____ in data _____

per l'accesso e l'abilitazione all'uso dei servizi telematici di presentazione delle domande on line previste
dal bando promosso dall'Assessorato alla Solidarietà della Regione Puglia, approvato con A.D. n. _____
del _____ e pubblicato sul BURP n. _____ del _____.

Data, _____

Timbro e Firma

Con la presente autorizzo il Sistema Informativo Regionale dei servizi socio-assistenziali al trattamento dei
dati personali ai fini del D.Lgs. 196/03

Data, _____

Timbro e Firma



Modulo di Accreditamento Agenzie di Somministrazione lavoro

**Per la compilazione del presente modulo utilizzare la
procedura ONLINE di Accreditamento**

disponibile sul portale <http://bandi.pugliasociale.regione.puglia.it>

così come previsto dall'Avviso e come descritto nel Manuale Allegato all'Avviso stesso

Al Centro Servizi Bandi Telematici
c/o InnovaPuglia s.p.a.
FAX: 0804670525

Il sottoscritto,

Nome: _____ Cognome: _____

Data di Nascita: _____ Comune di Nascita: _____ Prov. _____

Email: _____ telefono: _____ fax: _____

Codice Fiscale: _____ in qualità di _____

RICHIEDE

l'accreditamento dell'Agenzia di Somministrazione denominata _____

con sede legale in Via/Corso/Strada _____ n. civ. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Email: _____ PEC: _____

telefono: _____ fax: _____ codice fiscale/partita iva: _____

per l'accesso e abilitazione all'uso dei servizi telematici di presentazione delle domande on line previste dal bando promosso dall'Assessorato alla Solidarietà della Regione Puglia, approvato con A.D. n. _____ del _____ e pubblicato sul BURP n. _____ del _____.

DICHIARA

inoltre, che l'Agenzia è costituita e autorizzata a norma del D. Lgs. 276/2003 e s.m.i. e iscritta in data _____ nell'Albo Unico delle Agenzie per il lavoro istituito presso il Ministero del Lavoro e della _____ Previdenza _____ Sociale _____ nella _____ Sezione _____

Data, _____

Timbro e Firma

Con la presente autorizzo il Sistema Informativo Regionale dei servizi socio-assistenziali al trattamento dei dati personali ai fini del D.Lgs. 196/03.

Data, _____

Timbro e Firma



Modulo di Accreditamento Uffici Servizi Sociali Comunali

**Per la compilazione del presente modulo utilizzare la
procedura ONLINE di Accreditamento**

disponibile sul portale <http://bandi.pugliasociale.regione.puglia.it>

così come previsto dall'Avviso e come descritto nel Manuale Allegato all'Avviso stesso

Al Centro Servizi Bandi Telematici
c/o InnovaPuglia s.p.a.
FAX: 0804670525

Il sottoscritto,

Nome: _____ Cognome: _____

Data di Nascita: _____ Comune di Nascita: _____ Prov. _____

Email: _____ telefono: _____ fax: _____

Codice Fiscale: _____ in qualità di _____

RICHIEDE

l'accreditamento dell'Ufficio _____ del

Comune di _____ con sede in Via/Corso/Strada

_____ n. civ. _____ Comune _____

Prov. _____ CAP _____

Email: _____ PEC: _____

telefono: _____ fax: _____ codice fiscale/partita iva: _____

per l'accesso e abilitazione all'uso dei servizi telematici di presentazione delle domande on line previste dal bando promosso dall'Assessorato alla Solidarietà della Regione Puglia, approvato con D.G.R. n. _____ del _____ e pubblicato sul BURP n. _____ del _____.

Data, _____

Timbro e Firma

Con la presente autorizzo il Sistema Informativo Regionale dei servizi socio-assistenziali al trattamento dei dati personali ai fini del D.Lgs. 196/03.

Data, _____

Timbro e Firma
