

**allegato 1****FAC-SIMILE DI DOMANDA DA RIPRODURRE SU CARTA INTESATA**

Luogo, data

Alla REGIONE PUGLIA  
 Servizio Politiche per il Lavoro  
 Via Corigliano, 1 - Zona Industriale  
 70132 - B A R I

OGGETTO: Avviso pubblico n. 2/2013

Il sottoscritto ....., in qualità di legale rappresentante dell'Ente.....,

in riferimento all'avviso pubblico n. 2/2013 approvato con atto del Servizio Politiche per il Lavoro n. .... del ..... e pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. .... del ....., relativo al P.O. Puglia FSE 2007/2013 - Asse II Occupabilità - "Avviso Pubblico per la costituzione di un elenco di organismi autorizzati all'erogazione di interventi di politiche attive del lavoro rivolti ai beneficiari degli ammortizzatori sociali in deroga"

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all'avviso indicato in oggetto e di poter accedere ai finanziamenti pubblici messi a disposizione, per la realizzazione dei percorsi di Politica Attiva di seguito specificati:

codice percorso	Denominazione percorso	Sede di svolgimento (Indirizzo, Comune, CAP, Provincia) Specificare se occasionale	Data prevista Inizio (I edizione)	Data prevista Fine (I edizione)	Replicabilità nei periodi successivi (Si/No)	Nr. Edizioni attivabili fino al 31/12/2013	Nr. Edizioni attivabili dal 01/01/2014 al 31/12/2014

**DICHIARA**

che in merito all'accreditamento la propria situazione è la seguente:

Organismo "accreditando" secondo il vigente sistema (DGR 195/2012 e smi)	Codice identificativo PEC attestante l'inoltro della domanda secondo procedura telematica:
Organismo accreditato ex DGR n. 195/2012 e smi	

Che la sede di svolgimento sopra indicata (\*) trovasi in una delle seguenti condizioni:

<input type="checkbox"/> <b>Sede di svolgimento per gli Organismi "accreditandi" ed accreditati ex DGR n. 195/2012 e s.m.i.</b>		
<input type="checkbox"/> Set minimo		
<input type="checkbox"/> Complemento definitivo		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel	Fax	Mail
<input type="checkbox"/> Complemento temporaneo	<input type="checkbox"/> Aula.....(specificare tipologia)	
	<input type="checkbox"/> Laboratorio .....(specificare tipologia)	
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.	Fax	Mail

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE  
(timbro e firma)

**Informativa ai sensi dell'art.7, D.Lgs 196/03:** i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti, ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e saranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.