



allegato 1

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA

Luogo, data

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

OGGETTO: Avviso pubblico n./2012
richiesta finanziamento per € _____

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

in riferimento all'avviso pubblico n. 5/2012 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 - "Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)"

CHIEDE

di poter accedere ai finanziamenti pubblici messi a disposizione, per la realizzazione delle azioni formative di seguito specificate:

Table with 3 columns: Denominazione progetto, Sede di svolgimento (*), and Importo. It contains three rows of project descriptions for O.S.S. training courses.

DICHIARA

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

Ente accreditato con il previgente sistema (DGR 281/2004)	Codice:	
	Macrotipologia di accreditamento:	Formazione continua Area svantaggio Obbligo formativo Formazione superiore Apprendistato
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"/> Sede di svolgimento per gli Enti accreditati ex DGR n. 281/2004		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.	Fax	Mail

<input type="checkbox"/> Sede di svolgimento per gli Organismi "accreditandi" ed accreditati ex DGR n. 195/2012 e s.m.i.		
<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

A tal fine allega la seguente documentazione, prevista dall'avviso:

.....

(menzionare ciascuno dei documenti allegati)

Luogo e data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(timbro e firma)

In caso di più edizioni dello stesso progetto, la denominazione dello stesso va ripetuta tante volte quante sono le edizioni previste (con indicazione della sede e dell'importo) e, per ciascuna sede, va presentato il formulario, in originale e una copia.

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.