

Allegato 1**MODULO DI DOMANDA**

GENERATO DALLA PROCEDURA TELEMATICA

Alla REGIONE PUGLIA
 Servizio Formazione Professionale
 Viale Corigliano, 1 - Zona Industriale
 70132 - B A R I

Il sottoscritto, in qualità di legale rappresentante dell'ente, in riferimento all'**Avviso n.1/2014 – RIQUALIFICAZIONE OPERATORE SOCIO SANITARIO**, approvato con atto del dirigente del Servizio Formazione Professionale n. del e pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. del, chiede di poter accedere ai finanziamenti pubblici messi a disposizione, per la realizzazione dei percorsi formativi di seguito specificati:

N°	Denominazione progetto	Sede di svolgimento	Prov	Importo
1	Riqualificazione Operatore Socio Sanitario			
2				
3				
4				
5				
..				
TOTALE				

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

.....

 (menzionare ciascuno dei documenti allegati)

Firma digitale del LEGALE RAPPRESENTANTE

DICHIARA

Altresì di aver fornito tramite la procedura telematica i dati richiesti dal Formulario di presentazione conformemente a quanto indicato nell'Allegato **5** dell'Avviso