



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO POLITICHE DEL LAVORO, ISTRUZIONE E  
FORMAZIONE**

**SEZIONE POLITICHE E MERCATO DEL LAVORO**

**SERVIZIO POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO**

**Allegato 1**

Alla REGIONE PUGLIA  
Sezione Politiche e mercato del lavoro  
Via Corigliano, 1 - Zona Industriale  
70132 - B A R I

OGGETTO: Avviso pubblico *“Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di operatore/operatrice per la gestione delle attività di centralino (centralinista telefonico non vedente)”* Provincia di..... Istanza di candidatura.

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a....., nato/a  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Domicilio (se diverso dalla residenza) Indirizzo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
con scadenza \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante dell'Ente:

Denominazione e ragione sociale: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Sede legale: \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

Telefono/i \_\_\_\_\_

Casella di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

Preso integrale visione dell'Avviso approvato con A.D. della Sezione Politiche e Mercato del Lavoro n..... del..... pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. .... del ....., avente per oggetto **“Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di operatore/operatrice per la gestione delle attività di centralino (centralinista telefonico non vedente)”** di cui accetta tutte le condizioni e gli impegni conseguenti,



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO POLITICHE DEL LAVORO, ISTRUZIONE E  
FORMAZIONE**

**SEZIONE POLITICHE E MERCATO DEL LAVORO**

**SERVIZIO POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO**

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso in oggetto per la realizzazione delle azioni formative come di seguito specificate:

<b>DENOMINAZIONE PROGETTO</b>	<b>SEDE DI SVOLGIMENTO</b>	<b>NUMERO DI ALLIEVI</b>	<b>IMPORTO</b>
Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore/operatrice per la gestione delle attività di centralino (centralinista telefonico non vedente) Provincia.....			

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445

**DICHIARA**

che in merito all'accreditamento la propria situazione è di seguito riportata e si impegna al mantenimento dei requisiti di accreditamento per tutta la durata del corso:

Organismo accreditato ex DGR. n. 1474 del 02/08/2018 s.m.i. e con Determinazione dirigenziale n..... del.....
--

Ai fini della partecipazione all'Avviso in oggetto allega la seguente documentazione:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**(menzionare ciascuno dei documenti allegati)**

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

FIRMA DIGITALE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE