

**All. 1 - Manifestazione di adesione al borsino dei soggetti ospitanti**

Progetto: “CambiaMENTI” - Percorsi Di Inclusione Sociale e Lavorativa a Favore di Soggetti ad Altissima Fragilità - (CUP C69I23001950006) a valere sul Programma Regionale Fondo Sociale Europeo Plus 2021 - 2027 Obiettivo di policy 4 “Un’Europa più sociale” Priorità III - "Inclusione e protezione sociale" ABRUZZO INCLUDE 2

Spett.le **Unione Montana dei Comuni del Sangro**

**Soggetto attuatore della misura quale Capofila dell’ATS**

**OGGETTO: Avviso pubblico per la costituzione di un Borsino di Soggetti Ospitanti disponibili all’inserimento in percorsi di Tirocinio extracurriculare, T.In.A. e/o Borsa lavoro dei Beneficiari del progetto “CambiaMENTI” - All. 1 - Manifestazione di adesione al borsino dei soggetti ospitanti**

La/il sottoscritta/o

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Recapito telefonico |  |
| Recapito e-mail |  |

in qualità di legale rappresentante dell’Azienda / Ente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ragione sociale |  | | | | | | | | |
| Natura giuridica |  | | | | | | | | |
| Codice fiscale / Partita IVA |  | | | | | | | | |
| Indirizzo sede legale | Via |  | | | n. |  | | C.A.P. |  |
| Comune | |  | | | | | Prov. |  |
| Indirizzo sede operativa | Via |  | | | n. |  | | C.A.P. |  |
| Comune | |  | | | | | Prov. |  |
| Recapiti | Telefono | |  | Cellulare | | |  | | |
| E-mail | |  | | | | | | |
| P.E.C. | |  | | | | | | |

# MANIFESTA

l’interesse ad aderire al Borsino di soggetti ospitanti disponibili all’inserimento in percorsi di Tirocinio extracurriculare, T.In.A. e/o Borsa lavoro dei Beneficiari del progetto “CambiaMENTI” (CUP **C69I23001950006**);

   

# DICHIARA

**ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false o reticenti,**

1. la disponibilità ad ospitare n. beneficiari di progetto mediante
   * + Tirocinio extracurriculare;
     + T.In.A.
     + Borsa lavoro per utenza psichiatrica;
2. che le attività oggetto del Tirocinio extracurriculare, T.In.A. e/o Borsa lavoro per utenza psichiatrica per le quali il datore di lavoro è disposto ad ospitare i beneficiari di progetto sono le seguenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Attività 1 |  |
| Attività 2 |  |
| Attività 3 |  |

*(Aggiungere righe se necessario)*

1. che il datore di lavoro intende attivare Tirocinio extracurriculare, T.In.A. e/o Borsa lavoro per utenza psichiatrica presso la/le seguente/i sede/i operativa/e:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indirizzo sede operativa 1 | Via |  |  | n. |  | C.A.P. |  |
| Comune | |  | | | Prov. |  |
| Indirizzo sede operativa 2 | Via |  |  | n. |  | C.A.P. |  |
| Comune | |  | | | Prov. |  |

*(Aggiungere righe se necessario)*

1. che il referente del datore di lavoro da contattare per l’attuazione e la gestione di Tirocini extracurriculare, T.In.A. e/o Borse lavoro in favore dei Beneficiari del Progetto è:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | | Nome |  | |
| Ruolo |  | | | | |
| Recapiti | Telefono |  | | Cellulare |  |
| E-mail |  | | | |

1. di aver preso visione dell’Avviso pubblico in oggetto e di accettarne tutte le condizioni.

# ALLEGA

# Copia fronte retro del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante del datore di lavoro.

Luogo e data,

Il legale rappresentante[1](#_bookmark1)

[1](#_bookmark0) La presente manifestazione può essere sottoscritta con firma autografa ovvero con firma digitale. Anche qualora la dichiarazione venga sottoscritta con firma digitale resta necessario allegare copia fronte retro del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.