



Unione europea
Fondo sociale europeo



Riservato agli uffici Regionali

Alla REGIONE PIEMONTE
Direzione Formazione Professionale – Lavoro

Servizi alle politiche per l'occupazione e per la promozione dello sviluppo locale

via Magenta 12, 10128 TORINO

Protocollo n. _____ del: _____

Oggetto:	Richiesta di partecipazione ad attività formative nell'ambito del Catalogo regionale dell'offerta formativa riguardante il management dei servizi per l'impiego;
-----------------	--

...I... Sottoscritto/a... ..
 nat... a Prov..... il ../.../...
 Residente in, via, n.
 In qualità di legale rappresentante (o procuratore speciale) **dell'Ente**

CHIEDE

l'ammissione ad attività formative di cui all'oggetto dei sottoindicati soggetti e presenta a tale scopo la documentazione allegata quale parte integrante della presente richiesta;

DATI COMPLESSIVI DELLA RICHIESTA

TABELLA RIEPILOGATIVA SCHEDE-VOUCHER ¹			
Destinatario (Nome, Cognome)	Denominazione Master	Interno percorso o modulo/i	Importo Voucher

Totale spesa euro _____

Totale destinatari n° _____

¹ Compilare una sola riga in corrispondenza di ciascun destinatario individuato.

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000

- che, per le stesse operazioni e per le stesse persone di cui alla presente richiesta, non sono state presentate, né sono in corso di presentazione, altre richieste di partecipazione ad attività finanziate da organismi regionali, nazionali o comunitari;
- che tutte le informazioni contenute nella/e scheda/e-voucher allegata/e alla presente richiesta corrispondono al vero;
- di acconsentire che la Regione Piemonte utilizzi i dati contenuti nelle schede allegate alla presente richiesta per i propri fini istituzionali nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.

Si allega la seguente documentazione:

- fotocopia del documento di identità del firmatario della richiesta
- N schede – voucher
- fotocopia del documento di identità dei firmatari delle schede - voucher

....., lì/...../.....

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

SCHEDA VOUCHER N° ____**DESTINATARIO DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ Prov _____

Domicilio (da compilarsi solo se diverso dalla residenza):

C.F. _____

Tel. _____ Cell _____

Occupato presso l'Ente _____

☐ Strutture centrali☐ Centro per l'Impiego

Sede di lavoro

Indirizzo: _____

CAP - Comune (Prov.): _____

Tel: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Livello di inquadramento: _____

Qualifica di riferimento: _____

Titolo di studio più elevato: _____

conseguito presso _____ Anno di conseguimento _____

Anni di esperienza professionale nel settore dei servizi al lavoro: _____

Breve descrizione delle mansioni svolte:

CHIEDE

di partecipare al MASTER _____; soggetto erogatore della formazione
_____:

- ☐ INTERO PERCORSO FORMATIVO
- ☐ MODULO 1_____
- ☐ MODULO 2_____
- ☐ MODULO 3_____
- ☐ MODULO 4_____
- ☐ MODULO 5_____
- ☐ MODULO 6_____
- ☐ LABORATORIO _____

Si allega fotocopia semplice del documento di identità del sottoscrittore ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Luogo, data

Firma
