|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene testo, clipart  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene pianta  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente | **Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente** |
| Immagine che contiene logo  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene logo  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene testo, alcool  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene testo, clipart  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene arma, chiave  Descrizione generata automaticamente |  | Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente |

Immagine che contiene logo

Descrizione generata automaticamente

|  |
| --- |
| **ALLEGATO 1**  **DOMANDA DI ADESIONE** |
| **PER LA COSTITUZIONE DEL CATALOGO DEGLI ORGANISMI DI FORMAZIONE ABILITATI ALL’EROGAZIONE DEI PERCORSI FORMATIVI**  **IN FAVORE DEI DESTINATARI DEL PROGETTO**  **“C.I.A.O. (Centro di Inclusione, Aggregazione ed Orientamento)”**  **CUP C31D20001260006** |
| **REGIONE ABRUZZO**  **Dipartimento per la Salute e il Welfare**  **Servizio Politiche per il Benessere Sociale**  **POR FSE 2014-2020**  **Obiettivo "Investimenti in favore della crescita e dell’occupazione"**  **P.O. 2014-2020 – Asse 2 Inclusione Sociale**  **Obiettivo tematico: 9 “Inclusione sociale e lotta alla povertà” – Priorità d’investimento: 9i “Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l’occupabilità” – Obiettivo specifico: 9.7 “Rafforzamento dell’economia sociale” – Tipologia di azione: 9.7.1 “Promozione di progetti e di partenariati tra pubblico, privato e privato sociale finalizzati all’innovazione sociale, alla responsabilità sociale di impresa e allo sviluppo del welfare community”**  **Intervento n. 24**  **“AGORÀ ABRUZZO - SPAZIO INCLUSO”** |

**Spett.le** **Ambito Distrettuale Sociale n.23 “FINO-CERRANO”**

**c/o sinergie.education@pec.it**

**Oggetto: A*vviso pubblico per la costituzione del Catalogo degli Organismi di Formazione abilitati all’erogazione dei Percorsi Formativi In favore dei Destinatari del Progetto “CIAO” (CUP*** ***C31D20001260006).***

***Allegato 1 - Domanda di adesione***

La/il sottoscritta/o

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

in qualità di legale rappresentante dell’Organismo di Formazione

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ragione sociale OdF |  | | | | | | | | | |
| 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. | |  | | | | | | | |
| Accreditato ai sensi della D.G.R. n. 7 del 17/01/2018 e s.m.i. della Regione Abruzzo | D.D. di accreditamento | | |  | | | | | | |
| Codice accreditamento | | |  | | | | | | |

**CHIEDE**

di essere inserito nel Catalogo degli Organismi di Formazione abilitati all’erogazione dei Percorsi Formativi In favore dei Destinatari del Progetto ““CIAO” (CUP C31D20001260006) per l’erogazione dei seguenti Corsi:

*(aggiungere righe se necessario)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **CORSO** | **D.D. DI APPROVAZIONE DELLO STANDARD MINIMO DI PERCORSO FORMATIVO** | **N. ALLIEVI PREVISTI** | **DURATA CORSO AL NETTO DELLO STAGE *(ore)*** | **DURATA STAGE *(ore)*** | **DURATA TOTALE CORSO *(ore)*** | **D.D. DI APPROVAZIONE DEL CORSO DA PARTE DELLA REGIONE ABRUZZO** | **CODICE CORSO** | **SEDE DI SVOLGIMENTO DELL’ATTIVITÀ FORMATIVA *(indicare indirizzo completo)*** | **DISPONIBILITÀ DELLA SEDE** | **COSTO PROPOSTO *(euro)*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | € Propria   € Complementare |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | € Propria   € Complementare |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | € Propria   € Complementare |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | € Propria   € Complementare |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | € Propria   € Complementare |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | € Propria   € Complementare |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | € Propria   € Complementare |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | € Propria   € Complementare |  |

**e 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. che il referente dell’Organismo di Formazione per la realizzazione dei corsi inseriti nel Catalogo degli Organismi di Formazione abilitati all’erogazione dei Percorsi Formativi In favore dei Destinatari del Progetto “CIAO” (CUP C31D20001260006) 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**

1. Allegato 2: file excel riepilogativo dei corsi per cui si richiede l’inserimento nel suddetto Catalogo (formato .xlsx o compatibili);
2. Copia fronte retro del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante dell’Organismo di Formazione;
3. All. B/bis alla D.G.R. n. 7 del 17/01/2018 e s.m.i. “Dichiarazione di utilizzo della sede complementare” *(Da allegare all’istanza esclusivamente in riferimento a ciascun corso per il quale l’Organismo di Formazione presenta la propria candidatura e necessita di ricorrere all’utilizzo di una sede complementare)*.

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

Timbro e firma

del legale rappresentante dell’OdF

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_