



PROGETTO C.I.A.O.

ALLEGATO 1 MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

AVVISO PER LA COSTITUZIONE DEL CATALOGO DEI SOGGETTI PROMOTORI DEI TIROCINI EXTRACURRICULARI 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 Sinergie Education s.r.l.

Via Attilio Monti, 9

65127 Pescara

sinergie.education@pec.it

OGGETTO: Avviso per la costituzione del Catalogo dei Soggetti Promotori dei tirocini extracurricolari dei destinatari del Progetto "C.I.A.O" (CUP C31D20001260006).

Allegato 1 Manifestazione d'interesse

La/il sottoscritta/o

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

in qualità di legale rappresentante del Soggetto Promotore

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

la volontà di aderire al Catalogo dei Soggetti Promotori per l'attuazione e la gestione dei tirocini extracurricolari in favore dei destinatari del Progetto "CIAO" (CUP C31D20001260006)

**a tal fine
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 la scrivente Organizzazione è Soggetto Promotore:
 - a. tra quelli indicati all'art. 6, comma 1, lettere dalla a) alla m), di cui alla D.G.R. n. 112 del 22/02/2018 della Regione Abruzzo e s.m.i.;
 - b. regolarmente iscritto all'Albo regionale dei Soggetti Promotori autorizzati all'attivazione di tirocini extracurricolari nella Regione Abruzzo ai sensi della D.D. n. 96/DPG del 10/06/2021 e s.m.i. del Dipartimento Lavoro-Sociale con

Determinazione Dirigenziale n.	
Data	

della Regione Abruzzo;

2. che il referente del Soggetto Promotore per l'attuazione e la gestione dei tirocini extracurricolari in favore dei destinatari del Progetto "C.I.A.O." (CUP C31D20001260006) è:

Cognome				
Nome				
Ruolo				
Recapiti	Telefono		Cellulare	
	E-mail			

3. di aver preso visione dell'Avviso in oggetto e di accettarne tutte le condizioni.

ALLEGA

- Copia fronte retro del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante del Soggetto Promotore.

Luogo e data, _____

Timbro e firma
del legale rappresentante del Soggetto Promotore
