

TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE
FONDO POVERTA' QSF 2022 .O.D. N. 3 DISTRETTO SOCIO SANITARIO D26 F51H22000340001

SCHEDA AZIENDA

ANAGRAFICA AZIENDA OSPITANTE

DENOMINAZIONE AZIENDA (Rag. Sociale)	
SETTORE DI ATTIVITA'	
CODICE ATECO	
TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE	
CELLULARE LEGALE RAPPRESENTANTE	
PARTITA IVA	
REFERENTE AZIENDALE	
SEDE LEGALE	
SEDE OPERATIVA PRINCIPALE (SE DIVERSA)	
RECAPITO TELEFONICO	
RECAPITO FAX	
E-MAIL DITTA	
E-MAIL CONSULENTE/ REFERENTE	
NUMERO TOTALE DIPENDENTI (nella sede legale)	
NUMERO TOTALE DIPENDENTI (nella sede operativa)	
N° DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO	
N° DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO	
N° TIROCINI ATTIVATI IN PRECEDENZA	
N° TIROCINI TRASFORMATI in contratti a T.D.	
N° TIROCINI TRASFORMATI in contratti a T.I .	
N° TIROCINI IN CORSO	
PAT INAL	

Messina _____

Il Legale Rappresentante
(Firma e Timbro)

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2013 n. 196 e s.m. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Messina _____

Il Legale Rappresentante
(Firma e Timbro)

La presente dichiarazione - sottoscritta in originale - deve essere allegata al progetto formativo unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.