

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 extracurricolare, 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 extracurricolare, 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)*

3. 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)*

4. 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					

5. 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<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

---

1 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.

---