

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA
SCELTA DELL'ENTE DI FORMAZIONE**
"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"

Il/La sottoscritto/a
cognome nome
nato/a a il
CITTA' PROV.
in qualità di legale rappresentante dell'azienda (*esatta denominazione come da certificato CCIAA*)

con sede legale in
CAP CITTA' PROV.
indirizzo num.civ.
tel.fisso fax eventuale cellulare
con sede operativa in
CAP CITTA' PROV.
indirizzo num.civ.
tel.fisso fax eventuale cellulare

In riferimento alle attività formative di cui all'art 5 dell'Avviso, considerato che l'azienda non dispone di capacità organizzativa ed attrezzature idonee e/o di locali adeguati allo svolgimento di attività didattiche.

D I C H I A R A

di volersi rivolgere ad enti/organismi di formazione, accreditati presso la Regione Campania, per lo svolgimento delle attività formative d'aula.

L'Ente di Formazione prescelto è

con sede legale in
CAP CITTA' PROV.
indirizzo num.civ.
tel.fisso fax eventuale cellulare
e-mail pec
codice fiscale Ente partita IVA
codice accreditamento
con sede operativa in
CAP CITTA' PROV.
indirizzo num.civ.

Sarà cura dello scrivente trasmettere copia della convenzione stipulata con l'Ente sopra indicato appena la stessa verrà sottoscritta tra le parti.

(Timbro completo ditta)

(Firma per esteso legale rappresentante)