



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTE ALBINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2

COMUNE CAPOFILA SCAFATI

ALLEGATO 1

Spett.le Ambito Territoriale S01_2
Via Leonardo Da Vinci- Angri (SA)

Il Sottoscritto _____, in qualità di _____, dichiara che i
dati di seguito riferiti sono resi ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n 445/2000

CARICA SOCIALE

Tipo carica (*) _____ Cod. fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Luogo di residenza _____ Prov. _____ Indirizzo _____

C.A.P. _____ Tel. _____ E.mail _____

Pec. _____

IMPRESA RICHIEDENTE

Partita IVA _____ Ragione Sociale _____

Luogo(Immettere il Comune dove ha sede l'Impresa) _____

Prov. _____ Sede Legale _____ C.A.P.: _____

Tipo impresa _____ Attività svolta dall'impresa _____

Attività a cui destinare i borsisti _____

N. di borsisti disponibile ad accogliere _____ EVENTUALI SPECIFICHE E
PREFERENZE: _____

N.B.:

1. Il modulo dovrà essere compilato obbligatoriamente in ogni sua parte, pena l'esclusione, in stampatello;
2. (*) specificare presidente, amministratore delegato, titolare o altro;
3. allegare fotocopia non autenticata del documento di riconoscimento di chi firma in corso di validità, pena l'esclusione.

Lì,

Il Dichiarante

(firma per esteso e leggibile e timbro della ditta)