ENTI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE ACCREDITATI NELLA REGIONE SICILIANA

Q1 – DATI ENTE – SEDE LEGALE

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____

CAP |__|__|__|__|__| CITTA' _____ PROV |___|___|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PARTITA IVA _____ CODICE DI ACCREDITAMENTO _____

TIPOLOGIA DI ACCREDITAMENTO _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |__|__| - AREA FORMAZIONE |__|__|
(*Nella Sede Legale*)

Q2 – DATI INERENTI TUTTO IL PERSONALE IN FORZA ALL'ENTE

PERSONALE COMPLESSIVAMENTE IN FORZA ALL'ENTE N.RO |__|__|__|__| DI CUI:

LIVELLO I^ n. |__|__|__| - LIVELLO II^ n. |__|__|__| - LIVELLO III^ n. |__|__|__|

LIVELLO IV^ n. |__|__|__| - LIVELLO V^ n. |__|__|__| - LIVELLO VI^ n. |__|__|__|

LIVELLO VII^ n. |__|__|__| - LIVELLOVIII^ n. |__|__|__| - LIVELLO IX^ n. |__|__|__|

Q3 – ALTRE NOTIZIE

N.RO ORE ASSEGNATE NELL'ANNO 2010: Interventi Formativi |__|__|__|__|, Servizi Formativi |__|__|__|__|, OIF |__|__|__|__|
(*Comprese le Sedi Operative*)

TOTALE ORE COMLESSIVE |__|__|__|__| - L'ENTE E' TITOLARE DI: ACCENTRAMENTO CONTABILE ☐ ---------- COORDINAMENTO REGIONALE ☐

ISCRIZIONE ECM:
NAZIONALE NO - SI codice n.ro |__|__|__|__|__|__|__| data |__|__|__|__|__|__|
REGIONALE NO - SI codice n.ro |__|__|__|__|__|__|__| data |__|__|__|__|__|__|

Q4 – DATI RAPPRENTANTE LEGALE

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA |__|__|__|__|__|__| SESSO |___|

COMUNE DI NASCITA _____ PROVINCIA |__|__|

CITTADINANZA_____ TIT. DI STUDIO _____

INDIRIZZO (VIA) _____

CAP |__|__|__|__|__| CITTA'_____ TEL_____/_____

Q5 – DATI BANCA DI APPOGGIO

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____

CAP |__|__|__|__|__| CITTA' _____ PROV |___|___|

CCORDINATE BANCARIE _____

CODICE IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Q6 – DATI SEDE DI "COORDINAMENTO REGIONALE"

INDIRIZZO _____

CAP |__|__|__|__|__| CITTA' _____ PROV |__|__|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |__|__| - AREA FORMAZIONE |__|__|

Q7– DATI SEDE DI "ACCENTRAMENTO CONTABILE"

INDIRIZZO _____

CAP |__|__|__|__|__| CITTA' _____ PROV |__|__|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |__|__| - AREA FORMAZIONE |__|__|

Q8– DATI SEDE OPERATIVA

3) INDIRIZZO _____

CAP |__|__|__|__|__| CITTA' _____ PROV |__|__|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |__|__| - AREA FORMAZIONE |__|__|

P. S. *- Altre sedi Operative, possono essere trascritte nell'apposito modello appendice.*

N.B. ***Tutte le sedi operative devono essere elencate ed inserite nel data-base, e specificatamente nella relativa maschera "Sedi operative"***

Il sottoscritto, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale o presenta false documentazioni è punito a termine degli articoli 495 e 496 del codice penale, dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

……

Il sottoscritto, con la presente, dichiara di autorizzare i competenti uffici alla diffusione dei dati personali ivi contenuti, per le finalità connesse con l'espletamento delle procedure in materia di formazione professionale

DATA …….

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

N.B. Il presente modello è composto

da n° fogli …….……..

……..