

Mod. E

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO \_\_\_\_\_**

**Avviso a favore della realizzazione di tirocini di inclusione sociale**  
**AVVISO PUBBLICO \_\_\_\_\_**

**SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ENTE RICHIEDENTE (SOGGETTO PROMOTORE)**

<b>Denominazione dell'ETS</b>	
<b>Tipologia giuridica</b>	<input type="checkbox"/> ODV <input type="checkbox"/> APS
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>Telefono</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>PEC e-mail</b>	
<b>Url sito internet</b>	
<b>Numero e data di iscrizione al RUNTS</b>	
<b>Nome e cognome del legale rappresentante</b>	
<b>E-mail e cellulare del legale rappresentante</b>	
<b>Nome e cognome del referente di programma di attività finanziabili</b>	
<b>E-mail e cellulare del referente di programma di attività finanziabili</b>	
<b>Nome e cognome del referente amministrativo del programma di attività finanziabili</b>	
<b>E-mail e cellulare del referente amministrativo del programma di attività finanziabili</b>	
<b>IBAN Conto corrente dedicato</b>	

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Luogo e data)

Il Legale Rappresentante  
 (firmato digitalmente)