All. B7

**FONDO SOCIALE EUROPEO 2014-2020**

**Avviso**

**"Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione Generazioni"**

# 

**AVVIO ATTIVITA’ FORMATIVA**

|  |  |
| --- | --- |
| **CUP** |  |

**Oggetto: Comunicazione di avvio attività formativa – corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto ……………………………….………………… nato a ……………………… il ………… e residente in………………………………………………………., in qualità di legale rappresentante del/della ……………………… Codice Fiscale/Partita .I.V.A. n …….…………………..……con sede legale in……………………………………………………………………………………,

in riferimento al progetto su indicato ammesso a finanziamento con determinazione n. …………….. del ………….

**comunica che**

1. l’attività formativa avrà inizio in data ……..…… e terminerà in data …………. (compreso l’eventuale stage);
2. la sede di svolgimento delle attività d’aula sarà presso ………………….…….…………………… in via …………………………………… città ……………………………………… Prov. …..
3. l’attività formativa avrà la seguente articolazione:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Teoria* | *Esercitazioni Pratiche* | *Stage* | *Totale ore* |
|  |  |  |  |

(*indicare le ore*)

1. l’attività formativa sarà realizzata secondo il seguente calendario didattico:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Orario (da –a)** | **Materia** | **Docente\*** | **Fascia docente** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*(aggiungere righe)*

*\* Indicare i docenti inseriti nel progetto approvato. Nel caso di sostituzione, allegare motivata richiesta di autorizzazione e cv del nuovo docente. I registri saranno rilasciati solo a seguito di approvazione della sostituzione.*

1. Gli allievi partecipanti all’attività formativa sono i seguenti:

| N. | **Cognome e Nome** | **Codice Fiscale** | **Luogo e data di nascita** | **Indirizzo di residenza** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

Con l’occasione si richiede la vidimazione preventiva del registro.

Data………………………..

.....................................................................

**Firma del Legale Rappresentante**

**o suo delegato**

**Timbro Ente/impresa**