

**Programma specifico n. 24/23**

**Formazione a favore di persone a rischio di esclusione, marginalità, discriminazione in carico ai Servizi sociali, sanitari, e ai Servizi del collocamento mirato**

*Da compilare a cura del referente/responsabile dell'IMPRESA/SOGGETTO OSPITANTE lo stage e per ogni operazione*

Con riferimento al percorso formativo

\_\_\_\_\_ (titolo)

presentato da

\_\_\_\_\_ (denominazione Ente)

il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

in qualità di \_\_\_\_\_ (ruolo)

\_\_\_\_\_ (denominazione soggetto ospitante)

\_\_\_\_\_ (sede operativa e recapito)

**DICHIARA**

- di dare la propria disponibilità a collaborare con l'ente di formazione/soggetto proponente per la realizzazione dello stage accogliendo n° \_\_\_\_\_ allievi/e del percorso formativo sopra indicato;
- di favorire l'esperienza dell'allievo/a nell'ambiente di lavoro;
- di individuare come figura/e di supporto (tutor aziendale) alla realizzazione dello stage, secondo quanto previsto dal progetto, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (nome, cognome)

con la qualifica di \_\_\_\_\_

con il seguente recapito (tel./mail): \_\_\_\_\_

*Luogo e data*

*Firma*