Carta intestata dell'Agenzia Singola o Capofila RT **Mod. 6**

**INDICAZIONE DELLE SEDI PRATICHE E DELLA SEDE PREVISTA PER L’ESAME DI CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE**

**(Art. 14 – Concessione del finanziamento - Avviso TVB)**

**Oggetto:** Avviso pubblico per la costituzione dell’offerta formativa nell’ambito del Programma pluriennale di interventi per lo sviluppo dell’occupabilità in Sardegna TVB Sardegna lavoro - voucher formativi per disoccupati finanziati con risorse POR FSE 2014-2020

**CODICE DCT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LINEA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dati identificativi Beneficiario del finanziamento singolo o capofila di ATI/ATS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AGENZIA FORMATIVA** |  | |
| ***FORMA GIURIDICA*** | C.F. | ***P.IVA*** |
| ***SEDE LEGALE*** |  | |
| ***INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA e TELEFONO*** |  |  |
| ***NOME E COGNOME*** |  | |
| ***IN QUALITA’ DI (specificare)*** |  | |

**COMUNICA**

L’indicazione delle sedi pratiche e delle modalità di realizzazione delle attività pratiche e della sede di svolgimento prevista per l’esame di Certificazione delle Competenze:

***INDIRIZZO SEDE PRATICA***

|  |  |
| --- | --- |
| ***INDIRIZZO SEDE PRATICA (Comune, via, n. civico)*** |  |
| ***Comune:*** |  |
| ***Via n. civico*** |  |
| ***Modalità di realizzazione delle attività pratiche:*** | |

***INDIRIZZO SEDE ESAME***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Comune:*** |  |
| ***Via, n. civico*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **IL LEGALE RAPPRESENTANTE/ DELEGATO**  (Firma digitale1) |