

**MODULO DI ADESIONE IN PARTNERSHIP**

(da allegare alla domanda in caso di presentazione da parte di un Organismo di formazione non IPS)

DGR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Verso la qualifica di OSS.****Percorsi di integrazione delle competenze per diplomati IPS indirizzo servizi socio sanitari****Descrizione del partner (IPS)**

Denominazione: \_\_\_\_\_

Natura giuridica: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

Partner già accreditato in Regione del Veneto ai sensi della L.R. n. 19/2002 NO € SI €

Se accreditato indicare cod. accreditamento \_\_\_\_\_ e cod. Ente \_\_\_\_\_

**Referente del partner**

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Presentazione del partner (esperienza specifica)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
domiciliato presso \_\_\_\_\_  
nella qualità di legale rappresentante<sup>1</sup> dell'IPS \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
cap. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_,

<sup>1</sup> Se persona diversa dal legale rappresentante, allegare atto di procura, in originale o in copia conforme.



5c0f71ac



**DICHIARA**

- a) di essere partner del percorso formativo in oggetto;
- b) di condividerne pertanto obiettivi, finalità e strumenti;
- c) di aver affidate le seguenti funzioni per un monte/ore complessivo pari a: \_\_\_\_\_, specificate come segue:

funzioni	n. ore

Legenda delle funzioni:

1. Progettazione e sviluppo;
2. Formazione/Docenza;
3. Tutoring.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro dell'Ente/Azienda partner  
e firma in originale del Legale Rappresentante

Qualora l'Ente partner intenda partecipare al bando di accreditamento ai sensi della L.R. n. 19/2002 si suggerisce di conservare le seguenti evidenze documentali: contratti/lettere d'incarico del personale coinvolto nell'erogazione delle attività formative e copie dei registri d'aula.

