|  |
| --- |
| Denominazione/ragione sociale:………………….…………………………………………………...  Natura giuridica………………………………………………………………………………..............  Indirizzo sede legale:……………………………………..……………………………………………  Città ……………………..……………………………...CAP……….…….Prov…………………….  Telefono:………………Fax...………...…E-mail…….…………… E-mail pec……………..………  Matricola INPS……………………………………………………………………………………….  Indirizzo Sede Operativa formativa (*indicare solo se diverso dalla sede legale*):  Città ……………………..……………………………...CAP……….…….Prov…………………….  Telefono:………………Fax...…………E-mail…….…………… E-mail pec………...……..………  Dimensione Impresa beneficiaria (numero addetti):  □ 1-9 □ 10-49 □ 50-249 □ 250-499 □ 500 e oltre  Dimensione Impresa beneficiaria (definizione):  □ Micro Impresa □ PMI □ Grande Impresa  Esperienza pregressa in attività di formazione continua: ………………………………………………………………………………………………………. |

**LEGALE RAPPRESENTANTE (DOMICILIO ELETTO PER LA CARICA)**

|  |
| --- |
| Cognome ………………………………….. Nome …………………………………..  Codice Fiscale ……………………………. Data Nascita …………………………..  Comune di nascita ………………………… Provincia di nascita …………………….  Comune di residenza …………………….. Provincia…………………………………  Indirizzo …………………………………. Cap………………………………………. |

**LEGALE RAPPRESENTANTE *(DATI ANAGRAFICI NECESSARI PER LA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI INTENTI ALLA COSTITUZIONE DELL'ATI/ATS)***

**Il/La Sig./a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rappresentante legale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_