***ORDINE DI SERVIZIO PER IL PERSONALE DIPENDENTE DELL’ENTE ATTUATORE***

La/Il sottoscritta/o \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, nata/o il \*\*/\*\*/\*\*\*\* nel comune di \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, codice fiscale \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, nella qualità di rappresentante legale/titolare dell’ente attuatore denominato \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, con sede legale nel comune di \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, codice fiscale \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, accreditato all’albo degli enti attuatori di Fondolavoro a far data dal \*\*/\*\*/\*\*\*\*, con il numero \*\*\*,

conferisce

alla/al propria/proprio dipendente sig.ra/sig. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, nata/o il \*\*/\*\*/\*\*\*\* nel comune di \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, codice fiscale \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, l’incarico di:

* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, nell’ambito del piano formativo denominato \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, CIPIAF \*\*\*\*/\*\*\*/\*\*\*\*/\*\*\*;
* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, nell’ambito del progetto formativo denominato \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, CIPROF \*\*\*\*/\*\*\*/\*\*\*\*/\*\*\*/\*\*\*.

L’incarico sarà espletato, per un numero complessivo di ore \*\*\*, nei periodi di seguito specificati:

|  |  |
| --- | --- |
| Data | \*\*/\*\*/\*\*\*\* |
| Ora inizio incarico | \*\*:\*\* |
| Ora fine incarico | \*\*:\*\* |
| Totale ore | \*\*\* |

Data \*\*/\*\*/\*\*\*\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

timbro e firma del rappresentante legale/titolare dell’ente attuatore

Allegati: documento di riconoscimento in corso di validità del

rappresentante legale/titolare dell’ente attuatore