



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

PON  
INCLUSIONE

M  
L

MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI



Regione Siciliana

ALLEGATO A1 – ESPERIENZA PREGRESSA

IN RELAZIONE AL PUNTO 2a

DICHIARA

Di aver maturato la seguente esperienza nel settore oggetto della procedura di co-programmazione ne distretto socio sanitario 45:

(la dichiarazione dovrà essere resa dai soggetti diversi da organismi di rappresentanza di secondo e terzo livello)

Luogo ..... Data .....

Firma del legale Rappresentante dichiarante

DOCUMENTO FIRMATO DIGITALMENTE. IN CASO DI FIRMA AUTOGRAFA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA LA COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DERL SOGGETTO DICHIARANTE.

DISIRETTO  
SOCIO SANITARIO



Comune di  
Modica



Comune di  
Scicli



Comune di  
Ispica



Comune di  
Pozzallo



ASP7 Ragusa

D45