

**REGIONE  
LAZIO****DISTRETTO  
SOCIO SANITARIO  
LTI****Mod. E****DISTRETTO SOCIOSANITARIO LTI****Avviso a favore della realizzazione di tirocini di inclusione sociale****SCHEMA ANAGRAFICA DELL'ENTE RICHIEDENTE (SOGGETTO PROMOTORE)**

|   |   |
|---|---|
| <b>Denominazione dell'ETS</b>   |   |
| <b>Tipologia giuridica</b>  | <input type="checkbox"/> ODV <input type="checkbox"/> APS |
| <b>Codice fiscale</b>   |   |
| <b>Indirizzo</b>  |   |
| <b>Telefono</b>   |   |
| <b>E-mail</b>   |   |
| <b>PEC e-mail</b>   |   |
| <b>Url sito internet</b>  |   |
| <b>Numero e data di iscrizione al RUNTS</b>   |   |
| <b>Nome e cognome del legale rappresentante</b>   |   |
| <b>E-mail e cellulare del legale rappresentante</b>   |   |
| <b>Nome e cognome del referente di programma di attività finanziabili</b>                     |   |
| <b>E-mail e cellulare del referente di programma di attività finanziabili</b>                 |   |
| <b>Nome e cognome del referente amministrativo del programma di attività finanziabili</b>     |   |
| <b>E-mail e cellulare del referente amministrativo del programma di attività finanziabili</b> |   |
| <b>IBAN Conto corrente dedicato</b>   |   |

\_\_/\_\_/\_\_\_\_  
(Luogo e data)

Il Legale Rappresentante  
(firmato digitalmente)