**Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra**

**Begliardo Alberto**

Settimo T.se, lì

Codice Corso: **AINF-3-2023**

**OGGETTO: Conferimento incarico di collaborazione professionale**

Facendo seguito ai colloqui intercorsi, con la presente si conferisce alla S.V. l'incarico di collaborazione,come di seguito specificato, per il seguente corso di formazione professionale:

**Titolo Corso:Prova attestati**

**N° ore [attivita.ore] – Attività: [attivita.ruolo]**

L'incarico di cui sopra dovrà essere svolto secondo il calendario e gli impegni concordati con l'Ente come precedentemente esposto a partire dale potrà subire variazioni dettate da esigenze organizzative.

Inoltre, si precisa che la collaborazione richiede l’esecuzione di attività che possono essere preliminari, in itinere e/o successive a quelle strettamente legate all’incarico. Il sotto riportato compenso include pertanto le predette attività oltre a quelle accessorie che eventualmente potranno rendersi necessarie, quali, a titolo esemplificativo, la partecipazione a riunioni organizzative e/o di coordinamento.

Le confermiamo che dovrà svolgere i suoi compiti durante il consueto orario di lavoro. Non è pertanto previsto alcun compenso addizionale per il suo coinvolgimento all’interno del corso.

Si comunica che il Responsabile del corso è .

Con la firma della presente si conferma di aver preso visione del Manuale Operativo Docente/ Non Docente.

Si informa infine che i dati personali verranno trattati, ai sensi del Reg. UE 679/2016, esclusivamente per le esigenze connesse all’attività svolta.

Si prega di restituire copia della presente firmata per accettazione.

***CS AZIENDALE S.r.l. Società Benefit* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Via Leinì, 23 - 10036 – Settimo T.se**

**Tel. 011/897.00.64 – Fax 011/800.02.28** (Per accettazione)

**P.I./C.F. 06646880010**

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DIREZIONE ORGANISMO** | **FIRMA RESPONSABILE SEGRETERIA**  Giulia Paonessa |