

# MODULO RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI CENTRALINISTI NON VEDENTI - L.113/1985

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

### DATI ANAGRAFICI

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Luogo di Nascita	Provincia	Data di Nascita
		Cittadinanza

### RESIDENZA

Indirizzo	Numero
Città	Provincia
	Codice di Avviamento Postale

### DOMICILIO (se diverso dalla residenza)

Indirizzo	Numero
Città	Provincia
	Codice di Avviamento Postale

### RECAPITI

Numero telefonico rete fissa	Numero telefonico rete mobile
Email	Email PEC

### PER I CITTADINI EXTRA UE:

Titolo di Soggiorno	Numero titolo
Motivo	Data di Scadenza
	Data Richiesta Eventuale Sanatoria

### RICHIESTE IL/I SEGUENTE SERVIZIO/I

(è possibile indicare uno o più servizi di interesse)

<input type="checkbox"/> Iscrizione I scelta	<input type="checkbox"/> Iscrizione II scelta	<input type="checkbox"/> Reiscrizione	<input type="checkbox"/> Trasferimento d'iscrizione
nell'Elenco dei Centralinisti non vedenti tenuto dal Centro per l'Impiego di _____			

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste ex art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000*

### DICHIARA

<input type="checkbox"/> Di essere iscritto nelle liste art.8 (persone con disabilità) del CPI di _____ dal _____
<input type="checkbox"/> Di essere iscritto alle liste del collocamento ordinario del CPI di _____ dal _____
<input type="checkbox"/> di non essere iscritto nell'Elenco dei Centralinisti non vedenti tenuto da altri Centri per l'Impiego;
<input type="checkbox"/> di essere iscritto anche nell'Elenco dei Centralinisti non vedenti tenuto dal CPI di _____
<input type="checkbox"/> di richiedere la cancellazione dall'elenco di II scelta tenuto dal CPI di _____
<input type="checkbox"/> di essere in possesso del diploma di centralinista telefonico (rilasciato da scuola statale o autorizzata)
<input type="checkbox"/> di essere in possesso della qualifica professionale per centralinista telefonico non vedente o del titolo equipollente _____ rilasciato dalla Regione _____ anno formativo _____
<input type="checkbox"/> di essere in possesso della abilitazione (solo per chi ha frequentato corsi professionali L.845/1978) rilasciata dalla Commissione Regionale per l'esame di abilitazione dei centralinisti telefonici privi della vista;
<input type="checkbox"/> Di impegnarsi a comunicare ogni variazione del proprio stato invalidante, della situazione lavorativa e/o reddituale

### Di consegnare la seguente documentazione

<input type="checkbox"/> Diploma di centralinista telefonico o attestato di qualifica professionale; <input type="checkbox"/> abilitazione centralinista telefonico
<input type="checkbox"/> Certificato di privo della vista (ai sensi degli artt.2,3,4 L.138/01) rilasciato dalla ATS/INPS
<input type="checkbox"/> Verbale di Collocamento Mirato (relazione conclusiva/diagnosi funzionale) o attestazione sanitaria da cui risulti che non sono presenti altre minorazioni che potrebbero impedire l'espletamento della funzione di centralinista telefonico- Data definizione verbale CM _____ revisione _____ oppure
<input type="checkbox"/> Di consegnare la ricevuta di richiesta di verbale di collocamento mirato (relazione conclusiva/diagnosi funzionale) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Data ricevuta _____

### Consenso al trattamento dei dati personali

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati rilasciati allegata, ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679 e del D. Lgs 196/03 integrata dal D. Lgs 101/2018 recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al Reg. UE 2016/679.*

Luogo di Compilazione della domanda	Data	Firma	Firma del genitore, se il cittadino non ha compiuto 18 anni
-------------------------------------	------	-------	---