# MODULO RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL’ELENCO DEI CENTRALINISTI NON VEDENTI CON QUALIFICA DA RAPPORTO DI LAVORO - L.113/1985

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Codice Fiscale Nato/a a il Cittadinanza Domiciliato/a in indirizzo Tel./Cell Residente in indirizzo Tel./Cell. e-mail PEC

 **PER I CITTADINI EXTRA UE:**

Titolo di soggiorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Numero titolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data richiesta eventuale sanatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE IL/I SEGUENTI SERVIZIO/I**

**(è possibile indicare uno o più servizi di interesse)**

|  |
| --- |
| [ ]  Iscrizione nell'Elenco dei Centralinisti non vedenti tenuto dal Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Rilascio SAP (Scheda Anagrafico Professionale) | [ ]  Aggiornamento Patto di Servizio Personalizzato L68/99 |

## 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

|  |
| --- |
| [ ]  Di essere iscritto nelle liste art.8 (persone con disabilità) del CPI di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Di essere iscritto alle liste del collocamento ordinario del CPI di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Di essere stato assunto dall’azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF/PI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Di svolgere/aver svolto le funzioni/mansioni del Centralinista non vedente dalla data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Di impegnarsi a comunicare ogni variazione del proprio stato invalidante, della situazione lavorativa e/o reddituale |
|  Di consegnare la seguente documentazione  |
| [ ]  Dichiarazione del datore di lavoro sullo svolgimento delle mansioni per almeno 6 mesi |
| [ ]  Certificato di privo della vista (ai sensi degli artt.2,3,4 L.138/01) rilasciato dalla ATS/INPS  |
| [ ]  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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di revisione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure  |
| [ ]  Di consegnare la ricevuta di richiesta di verbale di collocamento mirato (relazione conclusiva/diagnosi funzionale) | [ ]  NO [ ]  SI 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 integrato dal D. Lgs 101/2018 recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al Reg. UE 2016/679.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Se il cittadino non ha compiuto 18 anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del genitore