# 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