

All'AGENZIA REGIONALE LAVORO
UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI
Ambito territoriale di RIMINI
Via C. Farini - 47921 Rimini

PEC : arlavoro.rnmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE NON VEDENTI /
FISIOTERAPISTI NON VEDENTI (ex legge 11 gennaio 1994, n. 29).

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ (____) il _____ C.F. _____
residente a _____ (prov. _____) C.A.P. _____
in Via _____ n. _____
domiciliato/a a *(completare se diverso dalla residenza)* _____ (prov. _____)
C.A.P. _____ in Via _____ n. _____
e-mail _____
cittadinanza _____ permesso di soggiorno *(compilare solo se in possesso)*
numero _____ rilasciato da _____
data rilascio _____ data scadenza _____ motivo _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A
NELL'ELENCO DEI TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE NON VEDENTI/
FISIOTERAPISTI NON VEDENTI

tenuto dall'Agenzia Regionale Lavoro dell'Emilia-Romagna - Ufficio per il Collocamento Mirato - Ambito
Territoriale di RIMINI, in quanto:

☐ ambito territoriale in cui si trova la propria residenza e in cui ha reso la dichiarazione di immediata
disponibilità al lavoro (DID) presso il Centro per l'Impiego di _____

☐ servizio eletto come unico altro ambito territoriale essendo residente a _____ ed
iscritto/a nell'elenco tenuto dal servizio competente di tale territorio in cui ha reso la dichiarazione di
immediata disponibilità al lavoro (DID) presso il Centro per l'Impiego di _____

DICHIARA

Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito nell'anno scolastico ____/____ presso _____
con sede in _____ (Prov. _____)

INOLTRE DICHIARA:

- ☐ di essere privo/a di occupazione
☐ di essere occupato/a, ma di prestare attività lavorativa con reddito lordo, nell'anno in corso, non
superiore a € 8.500,00 per lavoro dipendente (anche a progetto o a chiamata) o a € 5.500 per lavoro
autonomo o occasionale
☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente tutte le variazioni che dovessero intervenire in ordine a
quanto dichiarato;

DICHIARA, INFINE

di essere consapevole che in caso di false attestazioni, mendaci dichiarazioni od uso di atti, in tutto o in parte, falsi, incorrerà, per il disposto dell'articolo 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, nelle sanzioni all'uopo previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e, per il disposto dell'articolo 75 dello stesso D.P.R., nella decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle attestazioni, delle dichiarazioni o degli atti presentati, riscontrati in tutto o in parte non veritieri.

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo GDPR 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene resa e per gli usi consentiti dalla legge.

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- ☐ certificato di invalidità rilasciato da _____ in data _____, da cui risulta che il richiedente è privo della vista o dispone di un residuo visivo non superiore ad un decimo in entrambi gli occhi, anche con correzione di lenti
- ☐ iscrizione all'Albo Professionale Nazionale dei terapisti della riabilitazione non vedenti al numero _____
- ☐ documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo, _____, data, _____

Firma
