

Prot. n. _____

ALLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Agenzia Regionale Lavoro – Collocamento Mirato
Ambito Territoriale di Forlì-Cesena
Piazza G.B. Morgagni, 9
47121 FORLÌ (FC)
peo: CollocamentoMiratoFC@regione.emilia-romagna.it

**Aggiornamento documentazione sanitaria
ai fini della regolarità dell'iscrizione nell'elenco istituito ai sensi dell'articolo 8
della L. 12 marzo 1999, n. 68 presso il Collocamento Mirato – Ambito Territoriale di Forlì-Cesena**

Io sottoscritto/a _____
(cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ (prov. _____) il ____/____/____
(luogo nascita) (data nascita)
codice fiscale _____ cittadinanza _____
residente a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____
domiciliato/a a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____
telefono fisso _____ telefono cellulare _____
indirizzo di posta elettronica personale _____

in ragione della regolarità della documentazione sanitaria agli atti, unitamente alla presente, consegno copia conforme all'originale del verbale di accertamento sanitario cui sono stato/a sottoposto/a in data _____ dalla competente commissione, dichiarando a tal fine che la documentazione sanitaria originale si trova presso la sede AUSL / INPS / INAIL (barrare ciò che non interessa) di _____ (dato da inserire obbligatoriamente)

Sono consapevole che, nel caso in cui la nuova documentazione attesti una variazione della percentuale di invalidità, il Collocamento Mirato potrà disporre l'aggiornamento della mia diagnosi funzionale e, in tal caso, mi impegno sin d'ora a presentarmi alla convocazione per l'effettuazione del suddetto accertamento sanitario, obbligatorio per tutti gli iscritti.

Sono consapevole che la mia indisponibilità all'effettuazione dell'accertamento di diagnosi funzionale comporterà l'impossibilità per l'Ufficio di applicare in mio favore gli istituti del collocamento mirato.

ALLEGRO INOLTRE:

- COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO in corso di validità;
- COPIA PERMESSO DI SOGGIORNO in corso di validità (ove trattasi di cittadino extracomunitario).

DICHIARO, 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(L) del 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(R) 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 impegnarmi a produrre in originale detta documentazione sanitaria nei tempi e con le modalità che verranno a tal fine comunicate dal competente Ufficio.

DATA _____

FIRMA DICHIARANTE _____