

Alla **AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO
DELL'EMILIA-ROMAGNA
UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO
AMBITO TERRITORIALE DI FORLI'-CESENA**
Piazza Morgagni n. 9
47121 FORLI' (FC)

P.E.O.:

collocamentomirato.fc@regione.emilia-romagna.it

P.E.C.:

arlavoro.fcmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEGLI AVENTI DIRITTO ALL'ASSUNZIONE
OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N.68 (art.1 commi1, 2 e 3)**

COGNOME _____ NOME _____
nato/a a _____ il _____ domiciliato/a nel comune di _____
in Via _____ n. _____
e residente a _____ in Via _____ n. _____
C.F. _____ Tel. _____ E-mail _____

DICHIARA

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, nonché della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito per effetto della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445), sotto la propria responsabilità:

- di essere cittadino/a* _____ e di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità (*da compilare solo se cittadini extracomunitari);
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____; conseguito in data _____ presso _____;
- di non essere iscritto negli elenchi della L.68/99 di alcun altro territorio;
- di essere iscritto negli elenchi di cui alla L. 68/99 tenuti dal Servizio Collocamento Mirato di _____ e di chiedere il trasferimento negli elenchi tenuti dall'Ufficio per il Collocamento Mirato di _____;

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco degli aventi diritto ai sensi della Legge n. 68/1999 istituito presso l'Ufficio per il Collocamento Mirato di _____ in qualità di PERSONA CON DISABILITA' di cui all'art. 8 della L.68/99 nella categoria:

- INVALIDO/A CIVILE**
- INVALIDO/A DEL LAVORO**
- INVALIDO/A PER SERVIZIO**
- INVALIDO/A DI GUERRA**
- INVALIDO/A CIVILE DI GUERRA**
- SORDO/A**
- NON VEDENTE**

DICHIARA INOLTRE

- 1) di aver preso visione dell'informativa sulla tutela della privacy pubblicata sul sito <https://www.agenzialavoro.emr.it/privacy/privacy>
- 2) di impegnarsi a comunicare tempestivamente tutte le variazioni che interverranno riguardo a quanto sopra dichiarato;
- 3) di essere a conoscenza che l'Ufficio per il Collocamento Mirato potrà disporre idonei controlli sulla veridicità della presente dichiarazione

- Il richiedente allega alla presente idoneo verbale attestante il seguente grado di invalidità _____ e la Relazione Conclusiva della diagnosi funzionale. In caso di non possesso di quest'ultima, si impegna a presentarla successivamente.

_____(data)_____

Firma