

Protocollo _____ del ____ / ____ / ____	Alla AGENZIA REGIONALE LAVORO DELL'EMILIA-ROMAGNA COLLOCAMENTO MIRATO AMBITO TERRITORIALE DI FORLI'-CESENA Piazza Morgagni n. 9 47121 FORLÌ (FC) peo: collocamentomiratofc@regione.emilia-romagna.it
--	---

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEGLI AVENTI
 DIRITTO ALL'ASSUNZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N.68**

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome)

nato/a a _____ (luogo nascita) (prov. _____) il ____ / ____ / ____ (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 _____

in possesso del **titolo di studio** _____

conseguito nell'anno scolastico ____ / ____ presso _____

con sede in _____ (prov. _____)

in possesso del **diploma di qualifica** _____

rilasciato in data ____ / ____ / ____ da _____

con sede in _____ (prov. _____)

in possesso della **patente di guida** Categoria _____ con **disponibilità di autovettura**: SI' NO

iscritto/a nell'elenco tenuto ai sensi della Legge 68/99 dal Collocamento Mirato di: _____
 in qualità di: _____ (informazione obbligatoria)

<input type="checkbox"/> INVALIDO/A CIVILE	<input type="checkbox"/> INVALIDO/A DEL LAVORO	<input type="checkbox"/> INVALIDO/A PER SERVIZIO
<input type="checkbox"/> INVALIDO/A DI GUERRA	<input type="checkbox"/> INVALIDO/A CIVILE DI GUERRA	<input type="checkbox"/> SORDO/A
<input type="checkbox"/> ORFANO/A O CONIUGE SUPERSTITE (O EQUIPARATI) DI CADUTO <input type="checkbox"/> IN GUERRA <input type="checkbox"/> SUL LAVORO <input type="checkbox"/> PER SERVIZIO		Dati anagrafici del deceduto _____ _____
<input type="checkbox"/> CIECO/A ASSOLUTO/A O IPOVEDENTE		<input type="checkbox"/> VITTIMA DEL DOVERE
<input type="checkbox"/> APPARTENENTE ALTRA CATEGORIA (ART.1, COMMI 2 E 3, D.P.R. 333/2000 E DIRETTIVA D.F.P.) 1/2019		
<input type="checkbox"/> CENTRALINISTA NON VEDENTE (LEGGE 113/1985) <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA NON VEDENTE (LEGGE 29/1994)		<input type="checkbox"/> PROFUGO ITALIANO <input type="checkbox"/> RIMPATRIATO

**CHIEDE DI TRASFERIRE LA PROPRIA ISCRIZIONE PRESSO IL COLLOCAMENTO MIRATO
 AMBITO TERRITORIALE DI FORLI'-CESENA**

E ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE (non obbligatoria)

- VERBALE DI : INVALIDITA' CIVILE INVALIDITA' DEL LAVORO INVALIDITA' PER SERVIZIO
 emesso in data ____ / ____ / ____ da _____

