

SPAZIO PER TIMBRO DATA ARRIVO

SPAZIO PER ETICHETTA PROTOCOLLO

FASCICOLO _____/_____/_____

**ALLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
AGENZIA REGIONALE LAVORO – COLLOCAMENTO MIRATO
AMBITO TERRITORIALE DI FORLI'-CESENA**
presso Provincia di Forlì-Cesena
Piazza Morgagni, 9
47121 FORLI' (FC)

**IMPEGNO AD EFFETTUARE LA VISITA DI DIAGNOSI FUNZIONALE PREVISTA
DALL'ARTICOLO 1, CO. 4, DELLA L. 12 MARZO 1999, N.68 E DISCIPLINATO DAL
D.P.C.M. 13 GENNAIO 2000**

Io sottoscritto/a _____,
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (prov. ____) il _____ cod. fisc. _____

residente a _____ (prov. ____) in Via _____ n. ____

domiciliato/a a _____ (prov. ____) in Via _____ n. ____

telefono fisso _____ telefono mobile _____

MOTIVO la mia assenza alla visita di diagnosi funzionale richiesta da codesto Ufficio ai sensi dell'articolo 1, co. 4, della L. 68/1999 e del D.P.C.M. 13 gennaio 2000 in ragione della mia iscrizione nell'elenco dei disabili istituito ai sensi della stessa L. 68/1999 come segue:

CHIEDO a codesto Ufficio di reiterare la richiesta impegnandomi sin d'ora a presentarmi alla convocazione per l'effettuazione dell'accertamento sanitario, obbligatorio per tutti gli iscritti

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA MIA INDISPONIBILITA' ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ACCERTAMENTO DI DIAGNOSI FUNZIONALE COMPORTERA' L'IMPOSSIBILITA' PER L'UFFICIO DI APPLICARE IN MIO FAVORE GLI ISTITUTI DEL COLLOCAMENTO MIRATO.

Data _____

firma

La presente richiesta può essere consegnata a mano, inviata per posta certificata o a mezzo fax al numero 0543/447407 sempre unitamente alla copia fotostatica di un documento di identità del/la richiedente in corso di validità.