

**All'AGENZIA REGIONALE LAVORO  
UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI  
Ambito territoriale di RIMINI  
Via C. Farini,6 - 47921 Rimini**

PEC : [arlavoro.rnmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:arlavoro.rnmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE NON VEDENTI /  
FISIOTERAPISTI NON VEDENTI (ex lege 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'Agenda 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 € 8.174,00 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

\_\_\_\_\_