All'AGENZIA REGIONALE LAVORO

**UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI**

Ambito territoriale di **RAVENNA**

Via della Lirica 21 - 48124 Ravenna

P.E.C.: [Arlavoro.RA@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:Arlavoro.RA@postacert.regione.emilia-romagna.it)

Fax: 0544-266001

OGGETTO: **RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL’ELENCO DEI CENTRALINISTI TELEFONICI NON VEDENTI DI CUI ALLA LEGGE 113/1985**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI ANAGRAFICI** | | | | | | |
| **Cognome** | **Nome** | | | | **Codice Fiscale** | |
|  |  | | | |  | |
| **Luogo di Nascita** | | **Prov.** | | | **Cittadinanza** | |
|  | |  | | |  | |
| **RESIDENZA** | | | | | | |
| **Indirizzo** | | | | | | **Numero** |
|  | | | | | |  |
| **Città** | | | | **Prov.** | | **C.A.P.** |
|  | | | |  | |  |
| **DOMICILIO (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)** | | | | | | |
| **Indirizzo** | | | | | | **Numero** |
|  | | | | | |  |
| **Città** | | | | **Prov.** | | **C.A.P.** |
|  | | | |  | |  |
| **RECAPITI** | | | | | | |
| **Numero telefonico rete fissa** | | | **Numero telefonico mobile** | | | |
|  | | |  | | | |
| **P.E.C.** | | | **E-Mail** | | | |
|  | | |  | | | |
| **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO** | | | | | | |
| **documento di riconoscimento** | | | **N°** | | | |
|  | | |  | | | |
| **rilasciato da** | | | **In data** | | | |
|  | | |  | | | |
| **SOLO PER I CITTADINI EXTRA-UE: TITOLO DI SOGGIORNO** | | | | | | |
| **Numero** | **Data rilascio** | | | | **Data scadenza** | |
|  |  | | | |  | |
| **motivo** | | | | | **Richiesta di rinnovo** | |
|  | | | | |  | |

**CHIEDE**

di essere iscritto nell’elenco dei **CENTRALINISTI TELEFONICI NON VEDENTI** di cui all’art. 6, comma 7 della Legge 113/1985

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste ex art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000*

**DICHIARA**

* di essere in possesso del diploma di Centralinista telefonico conseguito presso:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere in stato di disoccupazione con anzianità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ avendo reso la dichiarazione di immediata disponibilità presso il Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto/a quale centralinista non vedente nell'elenco tenuto dal Collocamento Mirato dell'Ambito Territoriale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ove ricade la propria residenza; e

di volersi iscrivere quale centralinista non vedente nell'elenco tenuto dal Collocamento Mirato dell'Ambito Territoriale di RAVENNA come unica altra opzione possibile

*OPPURE*

* di non essere iscritto come centralinista telefonico non vedente negli elenchi degli Uffici di altri ambiti territoriali provinciali;

**DICHIARA INOLTRE:**

* di essere privo/a di occupazione, oppure

*OPPURE*

* di essere occupato/a, ma di prestare attività lavorativa con reddito lordo, nell'anno in corso, non superiore a € 8.500,00 per lavoro dipendente (anche parasubordinato) 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;
* di essere consapevole che ha facoltà di essere iscritto/a solamente nell’elenco tenuto dal servizio competente nel cui ambito territoriale si trova la propria residenza e nell'elenco di un unico altro servizio nel territorio dello Stato;
* di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs 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 dichiarazione viene resa e per gli usi consentiti dalla legge.

**per i fini di cui sopra ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

* DIPLOMA DI CENTRALINISTA TELEFONICO NON VEDENTE
* certificato rilasciato in data da A.U.S.L. , 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, e che è esente da altre minorazioni che potrebbero impedire l'espletamento della funzione di centralinista telefonico
* DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA RICHIEDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si attesta che la firma della presente con le contestuali dichiarazioni è avvenuta nella data indicata, in presenza del/la* ***sottoscritto/a addetto/a dell’Agenzia Reg.le Lavoro****, previo accertamento dell’identità personale del/la dichiarante, tramite il seguente documento di riconoscimento, allegato in copia all’istanza:*

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA ADDETTO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*La presente richiesta può essere inviata anche per posta con allegata copia fotostatica di un documento di identità del/la richiedente in corso di validità, esclusivamente qualora la dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento ed alla ricerca di attività lavorativa (DID), prevista dalle vigenti disposizioni, sia in corso di validità*