

MODULO RICHIESTA SERVIZI COLLOCAMENTO MIRATO ART. 8 L.68/99

PERSONE CON DISABILITÀ

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

DATI ANAGRAFICI

| | | | |
|------------------|-----------|-----------------|--------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| Luogo di Nascita | Provincia | Data di Nascita | Cittadinanza |

RESIDENZA

| | | |
|-----------|-----------|------------------------------|
| Indirizzo | Numero | |
| Città | Provincia | Codice di Avviamento Postale |

DOMICILIO (se diverso dalla residenza)

| | | |
|-----------|-----------|------------------------------|
| Indirizzo | Numero | |
| Città | Provincia | Codice di Avviamento Postale |

RECAPITI

| | |
|------------------------------|-------------------------------|
| Numero telefonico rete fissa | Numero telefonico rete mobile |
| Email | Email PEC |

PER I CITTADINI EXTRA UE:

| | | |
|---------------------|------------------|------------------------------------|
| Titolo di Soggiorno | Numero titolo | |
| Motivo | Data di Scadenza | Data Richiesta Eventuale Sanatoria |

RICHIESTE IL/I SEGUENTE SERVIZIO/I

(è possibile indicare uno o più servizi di interesse)

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prima iscrizione / Reiscrizione / Aggiornamento L.68/99 | <input type="checkbox"/> Rilascio SAP (Scheda Anagrafico Professionale) | <input type="checkbox"/> Stipula Patto di Servizio Personalizzato L.68/99 |
| <input type="checkbox"/> Trasferimento di iscrizione dalle liste L.68/99 del CPI di _____ | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | |

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

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Di essere iscritto alle liste del collocamento ordinario del CPI di _____ dal _____ |
| <input type="checkbox"/> Di appartenere ad una delle seguenti categorie: |
| <input type="checkbox"/> invalido civile <input type="checkbox"/> invalido del lavoro <input type="checkbox"/> invalido di servizio <input type="checkbox"/> sordo <input type="checkbox"/> non vedente |
| <input type="checkbox"/> invalido di guerra, civile di guerra <input type="checkbox"/> persona con capacità di lavoro ridotta a meno di 1/3 (l. 222/84) |
| <input type="checkbox"/> Di consegnare un verbale di invalidità definito in data _____ con percentuale di invalidità _____ data revisione _____ |
| <input type="checkbox"/> Di non essere stato convocato a visita di revisione del verbale di invalidità e di non possedere un verbale più recente di quello consegnato |
| <input type="checkbox"/> Di consegnare una dichiarazione INPS L. 114/2014 che attesta la validità del verbale di invalidità con data di revisione scaduta |
| <input type="checkbox"/> Di consegnare il Verbale di Collocamento Mirato (relazione conclusiva/diagnosi funzionale) Data definizione _____ Revisione _____ |
| <input type="checkbox"/> Di consegnare la ricevuta di richiesta di verbale di collocamento mirato (relazione conclusiva/diagnosi funzionale) Data ricevuta _____ |
| <input type="checkbox"/> Di impegnarsi a comunicare ogni variazione del proprio stato invalidante, della situazione lavorativa e/o reddituale |

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati rilasciati allegata, ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679 e del D. Lgs 196/03 integrato dal D. Lgs 101/2018 recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al Reg. UE 2016/679.

| | | | |
|-------------------------------------|------|-------|---|
| Luogo di Compilazione della domanda | Data | Firma | Firma del genitore, se il cittadino non ha compiuto 18 anni |
|-------------------------------------|------|-------|---|