

# MODULO RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI CENTRALINISTI NON VEDENTI IN COSTANZA DI RAPPORTO DI LAVORO – L.113/1985

**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"/> Iscrizione nell'elenco dei Centralinisti non vedenti tenuto dal CPI di _____	
<input type="checkbox"/> Rilascio SAP (Scheda Anagrafico Professionale)	<input type="checkbox"/> Aggiornamento Patto di Servizio Personalizzato L.68/99

*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 nelle liste art.8 (persone con disabilità) del CPI di _____ dal _____
<input type="checkbox"/> Di essere iscritto alle liste del collocamento ordinario del CPI di _____ dal _____
<input type="checkbox"/> Di essere stato assunto dall'azienda _____ Cod. Fisc. / P.IVA _____
<input type="checkbox"/> Di svolgere le funzioni/mansioni del Centralinista non vedente dalla seguente data _____
<input type="checkbox"/> Di impegnarsi a comunicare ogni variazione del proprio stato invalidante, della situazione lavorativa e/o reddituale
<input type="checkbox"/> <b>Di consegnare la seguente documentazione</b>
<input type="checkbox"/> Dichiarazione del datore di lavoro sullo svolgimento delle mansioni da almeno 6 mesi
<input type="checkbox"/> Certificato di privo della vista (ai sensi degli artt.2,3,4 L.138/01) rilasciato dalla ATS/INPS
<input type="checkbox"/> Verbale di Collocamento Mirato (relazione conclusiva/diagnosi funzionale) o attestazione sanitaria da cui risulti che non sono presenti altre minorazioni che potrebbero impedire l'espletamento della funzione di centralinista telefonico; Data definizione verbale CM _____ revisione _____ oppure
<input type="checkbox"/> Di consegnare la ricevuta di richiesta di verbale di collocamento mirato (relazione conclusiva/diagnosi funzionale)
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Data ricevuta _____

### 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
-------------------------------------	------	-------	---