

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
-------------------------------------	------	-------	---