

# REVISIONE ISCRIZIONE LISTE SPECIALI COLLOCAMENTO MIRATO

Articoli 8 e 18 Legge 12 marzo 1999 n.68

## CENTRO PER L'IMPIEGO DI \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE\*** \_\_\_\_\_ **SESSO\* (M/F)** \_\_\_\_\_

**COGNOME\*** \_\_\_\_\_ **NOME\*** \_\_\_\_\_

**LUOGO E DATA DI NASCITA\*** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMUNE DI RESIDENZA\*** \_\_\_\_\_ **CAP\*** \_\_\_\_\_ **PROV\*** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO\*** \_\_\_\_\_

**CITTADINANZA\*** \_\_\_\_\_ (in caso di cittadinanza ExtraUE)

**PERMESSO/CARTA DI SOGGIORNO**

**TITOLO DI SOGGIORNO\*** \_\_\_\_\_

**NUMERO TITOLO DI SOGGIORNO** \_\_\_\_\_

**SCADENZA TITOLO DI SOGGIORNO (\*)** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**MOTIVO TITOLO DI SOGGIORNO\*** \_\_\_\_\_

(se diverso dalla residenza)

**COMUNE DI DOMICILIO\*** \_\_\_\_\_ **CAP\*** \_\_\_\_\_ **PROV\*** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO\*** \_\_\_\_\_

**EMAIL\*** \_\_\_\_\_ **PEC (\*)** \_\_\_\_\_

**TELEFONO(\*)** \_\_\_\_\_ **CELLULARE\*** \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false

### DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Di appartenere a una delle seguenti Categorie di **DISABILI (ex art. 8 Legge 68/99)** con anzianità del

\_\_/\_\_/\_\_:

**INVALIDI CIVILI**  Perc. % \_\_\_\_\_ (min. 46%)

**INVALIDI DEL LAVORO**  Perc. % \_\_\_\_\_ (min. 34%)

**INVALIDI PER SERVIZIO**  Categ. \_\_\_\_\_

**SORDOMUTI**  Perc. % \_\_\_\_\_

Di appartenere inoltre ad altre categorie di **DISABILI (ex art. 8 Legge 68/99)**

Ovvero, di appartenere a una delle seguenti **Categorie Protette (ex art. 18 Legge 68/99)** con anzianità del

\_\_/\_\_/\_\_:

**VEDOVE DEL LAVORO**

**EQUIPARATI VEDOVE DEL LAVORO**

**VEDOVE/ORFANI DI GUERRA**

**VEDOVE/ORFANI DI SERVIZIO**

**PROFUGHI**

**ORFANI DEL LAVORO**

**EQUIPARATI ORFANI DEL LAVORO**

