(applicare un bollo da € 14,62)

Alla Direzione Territoriale del Lavoro Via Arcivescovado, 9/C 10121 <u>TORINO</u>

| Il/La sottoscritt | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|----|
| nato/a | il . | resi | dente a | | | |
| via | | to | el | | | , |
| avendo superato | con esito positivo gli | esami di abi | litazione all' | esercizio de | lla professione | di |
| consulente del lav | oro (Sessione 2015) chi | iede che gli/le | venga rilascia | ato il relativo | certificato. | |
| Allega marca da b | ollo di importo pari a € | € 14,62. | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Data, | | | | | | |
| | | | | Fi | rma | |
| | | | | | | |