

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE NAZIONALE DEI MASSAGGIATORI E DEI MASSOFISIOTERAPISTI NON VEDENTI

art. 1, c. 4 del D.P.R. 10 ottobre 2000, n. 333

Al MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Direzione generale per l'Inclusione
e le politiche sociali Div. V

Via Fornovo n. 8 - 00192 Roma

dginclusione.div5@pec.lavoro.gov.it

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____
CF _____ residente a _____ CAP _____
via _____ n _____ telefono _____ fax _____
e-mail _____ PEC _____
Iscritto/a all'Albo Professionale Nazionale, al n. _____ (Campo non obbligatorio) in data
_____ (Campo non obbligatorio)

CHIEDE

Il rilascio della certificazione di iscrizione all'Albo Professionale Nazionale dei Massaggiatori e
Massofisioterapisti non vedenti di cui alla legge 21 luglio 1961, n. 686

_____, Li _____

firma

Si allega:

- Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.