

## **RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE NAZIONALE DEI TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE 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 Terapisti della  
riabilitazione non vedenti di cui alla legge 11 gennaio 1994, n. 29

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

Si allega:

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