



Dipartimento per le politiche del lavoro previdenziali,  
assicurative e per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro

Alla Direzione generale delle politiche attive del lavoro, dei servizi per il  
lavoro e degli incentivi all'occupazione

-Divisione 3

Via San Nicola da Tolentino, 1 - 00187 Roma

PEC: dgpoliticheattivelavoro.div3@pec.lavoro.gov.it

**Oggetto: 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)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Documenti da allegare**

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