



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 Terapisti della riabilitazione 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 Terapisti della riabilitazione non vedenti di cui alla legge 11 gennaio 1994, n. 29.

_____, li _____

Firma

Documenti da allegare

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