



Io sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ Provincia _____ il _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Residente in _____ Prov _____ Via _____ n. _____

Cap _____ Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ Email _____

Domicilio (solo se diverso da residenza) Città _____ Cap _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

Tipo di minorazione visiva Legge 3 aprile 2001, n. 138: cieco totale cieco parziale ipovedente grave ipovedente medio-grave ipovedente lieve (Art. 3 comma ____ della Legge 104/92)

Chiedo di essere ammessa alla selezione per il progetto "Futuro in vista" con frequenza obbligatoria di n. 600 ore di attività

DICHIARO

Sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali connesse a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445:

➤ di essere (barrare la propria condizione occupazionale):

in condizioni di disoccupazione o inoccupazione

in condizione di occupazione lavorativa

➤ di aver conseguito (indicare l'ultimo titolo di studio conseguito):

Luogo

Data

Firma

Allegare fotocopia di un documento valido di identità e codice fiscale, curriculum vitae e certificazione (verbale di commissione)

Recapitare a mano o per email a uiclazio@uiciechi.it

Recapiti a mano ore 10:00-17:00 dal lun. al ven. La domanda deve pervenire entro il 23.06.19 h. 18.00

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nel presente modulo ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

