

Alla Regione Toscana

Settore Lavoro

Via Pico della Mirandola, 24

50132 FIRENZE

Il/La Sottoscritto _____

nato a _____ Il _____

e residente a _____ in via _____

Chiede di essere Iscritta all'albo Nazionale dei Terapisti della riabilitazione non vedenti articolazione della Toscana ai sensi della legge del 11 gennaio 1994 n. 29 e dell'art. 3 co. 2 del D.L. 22.12.1994, n. 775.

A Tal fine allega i seguenti documenti:

- Laurea di primo livello in fisioterapia rilasciata dall'Università degli Studi di _____
- Certificato Azienda USL _____

FIRMA

Recapiti per eventuali comunicazioni:

Indirizzo _____

Tel _____ Fax _____

e-mail _____