

Alla Regione Toscana  
Settore Lavoro  
Via Pico della Mirandola, 24  
50132 FIRENZE

Il / La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Chiede di essere Iscritto/a all'albo Nazionale dei centralinisti non vedenti articolazione  
per la Toscana ai sensi dell'art. 2 co. 2 della L. 113/85 e del DM 10.01.2000 art.1 co.1

A Tal fine allega la seguente documentazione:

- Certificato Azienda ASL
- Diploma di Centralinista Telefonico
- Attestato di servizio

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_