

All'ANPAL - Divisione V
Via Fornovo n. 8, 00192 Roma
PEC: divisione.5@pec.anpal.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.

Note:

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Il modulo deve essere obbligatoriamente compilato in modalità digitale cliccando sugli appositi spazi e successivamente inviato all'indirizzo di posta elettronica o PEC dell'ufficio competente.