# RICHIESTA CANCELLAZIONE

A cura dell’Ufficio

Data: / /

Protocollo in ingresso:

Al Responsabile del Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La/Il sottoscritta/o | | | | | |  | | | | |
| Nata/o a | |  | | | | | il | / / | | |
| Codice fiscale | | | | |  | | | | | |
| Residente a | | |  | | | | | | CAP |  |
| Via |  | | | | | | | | | |
| Domiciliato a | | | |  | | | | | CAP |  |
| Via |  | | | | | | | | | |

**Dichiara di voler essere cancellato dalla lista delle persone con disabilità /   
delle categorie protette prevista dalla legge 68/99**

Per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Documento di identità | |  | n. |  | |
| Rilasciato da |  | | in data | | / / |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | / / |  | Firma |  |

CPI di riferimento:   
Pratica trattata da: