# 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: