ALLEGATO A
Al Servizio VII Centro per l'Impiego di Agrigento
Via Acrone, 51

92100 AGRIGENTO
cpi.ag@certmail.regione.sicilia.it

ISTANZA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ PSICHICA

(Ai sensi della L. 68/1999 e della Legge Regionale Sicilia n. 12 del 27 maggio 2026)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome:
_____

Luogo e Data di Nascita: _____ il ____/____/_____

Codice Fiscale: _____

Residenza: Via/Piazza _____ n. _____

Comune: _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono/Cellulare: _____ E-mail: _____

PEC (se disponibile): _____

In qualità di (selezionare l'opzione corretta):

☐ Diretto interessato

☐ Genitore ☐ Tutore legale ☐ Amministratore di sostegno ☐ Caregiver familiare di: _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____, in Via/Piazza _____, C.F. _____,

CHIEDE

l'inserimento **nell'elenco delle persone con disabilità psichica** istituito presso codesto Servizio.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di appartenere alla categoria della persona con disabilità psichica;

SI ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- Copia del documento di identità in corso di validità;
- Documentazione sanitaria attestante la disabilità psichica;

INFORMATIVA PRIVACY E TRATTAMENTO DATI (GDPR - Regolamento UE 2016/679)

Il/La sottoscritto/a presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli particolari (art. 9 GDPR) relativi allo stato di salute, per le sole finalità connesse al presente censimento e all'inserimento lavorativo mirato ai sensi della L.R. Sicilia n. 12/2026.

☐ **Esprimo il consenso obbligatorio al trattamento dei dati personali e particolari.**

Luogo e Data _____ Firma del/la richiedente

_____