



ARPAL PUGLIA

Agenzia Regionale Politiche Attive del Lavoro

b)

ISTANZA DI CANCELLAZIONE DALL'ELENCO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI

Spett.le
ARPAL Puglia

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

Via _____

Domiciliato a _____

Via _____

Tel./Cell _____

Indirizzo E-mail _____

CHIEDE

la cancellazione del proprio nominativo dall'Elenco degli assistenti familiari istituito presso ARPAL Puglia, con conseguente eliminazione dei propri dati dall'Elenco di pronta disponibilità destinato all'incrocio tra domanda e offerta di lavoro.

Indicare eventualmente la motivazione (*opzionale*):

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità, in caso di sottoscrizione del presente documento con firma autografa.

Luogo e Data: _____

Firma: _____