

Allegato B

**Al Comune di Rocca D'Evandro  
Area Socio Culturale e Scuole  
Comune di Rocca d'Evandro (CE)**

**OGGETTO: SELEZIONE PUBBLICA PER N° 1 TIROCINANTE – MISURA “GARANZIA IN” (INSERIMENTO, INCLUSIONE, INTEGRAZIONE) A SOSTEGNO DEI SOGGETTI DISABILI DI CUI ALLA L. 68/99.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di partecipare alla selezione di cui all'oggetto per il seguente profilo:

☐ *DECORO URBANO, ACCOGLIENZA ED INFO ALL'UTENZA*

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del DPR n. 445/2000 e nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale:

- ☐ *di essere cittadino italiano o di uno degli stati membri dell'Unione europea;*
- ☐ *di godere dei diritti civili e politici;*
- ☐ *di avere un'età anagrafica non inferiore a 18 (diciotto) anni e non superiore a 60 (sessanta) anni;*
- ☐ *di essere residente nella provincia di Caserta;*
- ☐ *di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_*
- ☐ *di essere in possesso di patente di guida categoria B;*
- ☐ *di non essere stati dichiarati interdetti dai pubblici Uffici in base a sentenza passata in giudicato e non avere carichi penali pendenti;*
- ☐ *essere iscritti alle liste di cui alla L.68/99;*
- ☐ *di possedere l'idoneità fisica alle mansioni proprie del profilo professionale prescelto oggetto di tirocinio;*
- ☐ *di non aver già svolto un tirocinio presso il Comune di Rocca d'Evandro negli ultimi due anni precedenti all'attivazione del tirocinio;*
- ☐ *di non aver avuto un rapporto di lavoro, una collaborazione o un incarico (prestazione di servizi) con il Comune di Rocca d'Evandro negli ultimi due anni precedenti all'attivazione del tirocinio;*

- ☐ *di avere un'anzianità di residenza continuativa nella Provincia di Caserta di anni \_\_\_\_\_, decorrente dal \_\_\_\_\_.*

Allega alla presente:

- 1. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;*
- 2. verbale di invalidità civile rilasciato dalla Commissione Medica dell'ASL-INPS;*
- 3. verbale L. 104/92 rilasciato dalla Commissione Medica dell'ASL-INPS*

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto della privacy ai sensi ai sensi del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm., per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

In fede

---

*(firma del candidato)*