

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 TIROGINANTE – 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)