



COMUNE DI ROCCAMONFINA



Allegato B

**Al Responsabile
“Servizi alla Persona”
Comune di Roccamonfina (CE)**

OGGETTO: SELEZIONE PUBBLICA PER N° 3 TIROCINANTI – 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 _____ alla Via _____
Codice Fiscale _____ tel. _____

CHIEDE

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

- Cura e manutenzione di aree verde, parchi e giardini*
- Tecnico archivista amministrativo*

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 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 Roccamonfina negli ultimi due anni precedenti all'attivazione del tirocinio;*



COMUNE DI ROCCAMONFINA



- di non aver avuto un rapporto di lavoro, una collaborazione o un incarico (prestazione di servizi) con il Comune di Roccamonfina 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 o 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 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)