Università degli Studi di Padova

Centro Interdipartimentale di studi regionali “Giorgio Lago” - CISR

via Del Santo, 28

35123 padova

**PROCEDURA COMPARATIVA DI CURRICULUM E COLLOQUIO N. 2019/05**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI**

Il/la sottoscritto/a…………….………………………………………………………..………………………

nato/a a …………………………………………………………………. prov. ……. il……………..………

residente a……………………………………….……….………prov. ………c.a.p……………………….. in Via………………………………..………………………………………….. n……….,

afferente alla Struttura …… …………………………………………………………………………………

Tel: …………………………. Fax: …………………….. E-mail: ….…………………………………….

(codice dipendente: ………….. Data di prima assunzione presso l’Università: ………………………) attualmente nella categoria e area ……. …………………………………………………………….

chiede di essere ammesso/a alla procedura di ricognizione interna ai fini dell’individuazione di personale Tecnico Amministrativo dell’Ateneo, per lo svolgimento dell’attività di analisi degli attori dell’innovazione e ruolo UNIPD, nell’ambito del progetto “Laboratorio Unicity – Linea di ricerca 4 (*Imprenditorialità. Ricadute locali delle attività di R&S dell’Università di Padova*)”nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall’art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un periodo di 2 mesi, per conto del Centro Interdipartimentale di Studi Regionali “Giorgio Lago” - CISR.

Dichiara sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere in possesso del seguente titolo di studio ………………………….................................conseguito il ………………………….presso ……………………………………………………………………… con votazione ……………….. .
2. che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero.

E’ a conoscenza che, ai sensi del D.Lgs 30.6.2003, n. 196 e ss.mm.ii, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura.

Preciso recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

Telefono n…………………………………………………

Indirizzo e-mail …………………………………………..

Allega:

* Autorizzazione del proprio Responsabile di Struttura
* Curriculum vitae datato e firmato redatto in conformità al vigente modello europeo;
* Fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

data …………………………………

firma………………………………..…………….

**SPAZIO PER L’AUTORIZZAZIONE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA**

Il sottoscritto ……………………………………………………… responsabile della struttura di afferenza del/la dott./dott.ssa/sig.……………………………………. …autorizza l’assegnazione del dipendente per …….. mesi presso il Centro/Dipartimento/ Area/Servizio ……….. , senza ulteriore richiesta di sostituzione dello stesso.

Firma e Timbro

……………………………………………..