

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. 2021/01**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI**

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... prov. .... il.....  
residente a.....prov. ....c.a.p.....  
in Via..... n.....,  
affidente 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 supporto alla ricerca sul tema "Analisi delle Consulte di quartiere del Comune di Padova e servizi di prossimità" nell'ambito del "Laboratorio Unicity" – Linea di ricerca 1 (*Housing, sedi e servizi universitari e coesione sociale*) nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un periodo di 6 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 e del Regolamento (UE) 2016/679, 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

.....