

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
CENTRO INTERDIPARTIMENTALE DI STUDI REGIONALI
"GIORGIO LAGO" - CISR
VIA DEL SANTO, 28
35123 PADOVA

PROCEDURA COMPARATIVA DI CURRICULUM N. 2021/02

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 "Il contributo alla coesione del territorio delle attività commerciali nei quartieri di Padova" 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 ilpresso
..... 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

.....