

PROCEDURA COMPARATIVA N. 2015CO02

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI  
“M. FANNO”  
VIA DEL SANTO N. 33  
35123 PADOVA

**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 supporto alla ricerca nell'ambito del progetto PRIN bando 2010-2011 dal titolo “Climate change in the Mediterranean area: scenarios, economic impacts, mitigation policies and technological innovation” di cui è responsabile il prof. Giulio Cainelli, nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un periodo di tre (3) mesi.

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, 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;
- Fotocopia di un 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

.....