DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI "MARCO FANNO"
DEPARTMENT OF ECONOMICS AND MANAGEMENT "MARCO FANNO"

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Allegato 1

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 (RIF. 2016LA05) ai fini dell'individuazione di personale Tecnico Amministrativo dell'Ateneo, per lo svolgimento di attività di supporto alla ricerca nell'ambito del Progetto di Ricerca di Ateneo bando 2013 dal titolo "What users want. An experimental study of the relevance of corporate disclosure", nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un periodo di due 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:

.....

.....

.....

DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI "MARCO FANNO"
DEPARTMENT OF ECONOMICS AND MANAGEMENT "MARCO FANNO"

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

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

.....