Università degli Studi di Padova

dipartimento di Scienze Storiche, Geografiche e dell’ Antichita’

via del Vescovado, 30

35141 padova

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI**

**AVVISO DI PROCEDURA COMPARATIVA DiSSGeA 2023LA06 PER L’INDIVIDUAZIONE DI UN SOGGETTO PER LA STIPULA DI UN CONTRATTO PER PRESTAZIONE DI LAVORO AUTONOMO PER ATTIVITA’ DI SUPPORTO ALLA RICERCA**

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** per conto della prof.ssa Margherita Losacco.

Attività da svolgere nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall’art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un periodo di **1 mese.**

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

 ……………………………………………..