Bando 2019INT-03

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Storiche, Geografiche e dell’Antichità

Università degli Studi di Padova

|  |  |
| --- | --- |
| **Domanda di partecipazione per attività didattica integrativa**ai sensi della L. 240/2010, art. 23 co. 2 |  |

Il sottoscritto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | Cognome |  |
| Codice Fiscale |  | Partita IVA |  |
| Cittadinanza |  | Nato/a il |  |
| Posizione Lavorativa |  |
| Titolo di studio |  |
| Residente a |  |
| Telefono |  | E-Mail |  |

chiede di essere ammesso/a alla procedura comparativa di *curriculum* ai fini dell’individuazione di un soggetto per la/e seguente/i attività:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Numero ordine | Insegnamento | Docente Responsabile | Attività richiesta | n. ore |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 cittadino ………………………..……..;
2. CODICE FISCALE …………………………………………………………………………………………...

PARTITA IVA (solo in caso di titolare di partita IVA che emetterà fattura per il pagamento dell’attività) ………………………………………………………………………………………………………………………….

1. di essere in possesso del seguente titolo di studio ………….................................................. conseguito il ………………... presso ……………………………………………………… con votazione …………………..
2. di essere dipendente: - dell’Università di Padova SÌ NO

 - di altra pubblica amministrazione SÌ NO

1. di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni (precisare ente, periodo e mansioni) …………………………………………………………………………………………………………………………

In caso di risoluzione diversa dalla scadenza naturale del contratto indicare i motivi della cessazione;

1. di aver adeguata conoscenza della lingua italiana (in caso di cittadini stranieri);
2. di non avere subito condanne penali che abbiano comportato quale sanzione accessoria l’incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
3. che quanto dichiarato nel curriculum corrisponde al vero;
4. di non avere un rapporto di coniugio, o un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore o un ricercatore di ruolo appartenente al Dipartimento o alla struttura sede dell’attività da svolgere ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Ateneo;
5. di non essere nella condizione di incompatibilità rispetto a quanto previsto al comma 1 dell’art. 25 della Legge n. 724/1994.
6. di essere assegnista (e quindi di non superare 50 ore di didattica frontale e integrativa nell’a.a. in corso)

SÌ NO

ore di didattica frontale/integrativa già assegnate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere dottorando (e quindi di non superare 40 ore di didattica integrativa nell’a.a. in corso)

SÌ NO

ore di didattica integrativa già assegnate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

È a conoscenza che:

* ai sensi del D.L.vo 30.06.2003, n. 196, i dati forniti con le presenti dichiarazioni sostitutive saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura e che i dati relativi al contratto e al prestatore saranno pubblicati sul sito di Ateneo ai sensi della normativa vigente.

Preciso recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

Telefono n…………………………………………………

Indirizzo e-mail …………………………………………..

Allega:

* [*per il personale tecnico amministrativo dell’Università*] Autorizzazione del proprio Responsabile di Struttura.
* [*per assegnisti di ricerca*] Nulla osta del proprio Coordinatore scientifico o copia/ricevuta della domanda di nulla osta presentata;
* [*per dottorandi*] nulla osta del Collegio Docenti o autorizzazione sottoscritta dal Coordinatore del corso di Dottorato;
* Curriculum vitae datato e firmato;
* Fotocopia di un documento di riconoscimento;

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_