Via VIII Febbraio 1848 n.2,

35122 Padova, Italy

tel. +39 049 8273372

fax +39 049 8273359

www.dirpubblico.unipd.it

e-mail: dir.pubblico@unipd.it

CF 80006480281

P.IVA 00742430283

**PROCEDURA COMPARATIVA DI *CURRICULUM N.* CC1-2017**

**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 ………., nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall’art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un periodo di …… mesi, presso ………………

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 …………………………………

**SPAZIO PER L’AUTORIZZAZIONE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA**

Il sottoscritto ……………………………………………...………… responsabile della struttura di afferenza del/la dott./dott.ssa/ .…………………………………….…….. autorizza l’assegnazione del dipendente per un periodo di 24 mesi, presso il servizio SEGRETERIA E COORDINAMENTO STAFF DIRETTORE GENERALE, senza ulteriore richiesta di sostituzione dello stesso.

 Firma e Timbro

 ……………………………………………..