

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
CENTRO DI ATENEO PER I MUSEI
VIA GIOTTO, 1
35141 PADOVA

DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI

AVVISO DI PROCEDURA COMPARATIVA 2021CAM02 PER L'INDIVIDUAZIONE DI COLLABORATORI PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI DI PRESTAZIONE DI LAVORO AUTONOMO PER VISITE GUIDATE E PERCORSI DIDATTICI PRESSO IL MUSEO DI STORIA DELLA FISICA E IL MUSEO DI MACCHINE 'ENRICO BERNARDI'

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a prov. il.....

residente a.....prov.c.a.p.....

in Via..... n.....,

afferre 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 visite guidate e percorsi didattici presso il Museo di Storia della Fisica e il Museo di Macchine 'Enrico Bernardi'.

Attività da svolgere nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, in un arco temporale di ventiquattro mesi da agosto 2021.

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 ilpresso

..... 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

.....