



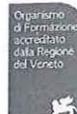
Unione europea
Fondo sociale europeo



REGIONE DEL VENETO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA



Organismo
di Formazione
Accreditato
dalla Regione
del Veneto

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.....,
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 (RIF. 2017LA13) ai fini dell'individuazione di personale Tecnico Amministrativo dell'Ateneo, per lo svolgimento di attività di coaching nell'ambito del Progetto "SUP3R & Co: SURface Finising, Printing in 3D-Research & Communication" codice progetto 2105-103-2216-2016 finanziato nell'ambito del Programma Operativo Regionale F.S.E.2014-2020 Obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione" Asse "1 - Occupabilità" della prof.ssa Eleonora Di Maria, nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un periodo di un 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 studioconseguito 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:

.....
.....



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

.....