



Allegato 1

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI  
"M. FANNO"  
VIA UGO BASSI N. 1  
35131 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 funzionale .....  
chiede di essere ammesso/a alla procedura di ricognizione interna ai fini dell'individuazione di Personale  
Tecnico Amministrativo dell'Ateneo, per l'attività di supporto alla Direzione e coordinamento di attività di  
tutoraggio per i master MBM, MASCI e MIBS per un periodo di 12 mesi.

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 della Laurea in ..... conseguita il  
..... presso ..... conseguita con  
votazione .....
2. che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero.

E' a conoscenza che, ai sensi del D.L.vo 30.06.2003, 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. ....

Direzione

tel. +39 049 8274063  
fax +39 049 8274221  
direzione.decon@unipd.it

Segreteria Amministrativa

tel. +39 049.8274220  
fax +39 049 8274221

Segreteria Informativo Didattica

tel. +39 049 8274210  
fax +39 049 8274211  
sid.decon@unipd.it



Indirizzo e-mail .....

Allega:

- Autorizzazione del proprio Responsabile di Struttura;
- Fotografia formato tessera;
- 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..... AUTORIZZA IL DISTACCO DEL DIPENDENTE  
PER 12 MESI PRESSO IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI "M. FANNO",  
SENZA ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

FIRMA E TIMBRO

.....

Direzione

tel. +39 049 8274063  
fax +39 049 8274221  
direzione.decon@unipd.it

Segreteria Amministrativa

tel. +39 049.8274220  
fax +39 049 8274221

Segreteria Informativo Didattica

tel. +39 049 8274210  
fax +39 049 8274211  
sid.decon@unipd.it