UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA ANIMALE, PRODUZIONI E SALUTE (MAPS)
VIALE DELL'UNIVERSITÀ N. 16
35020 LEGNARO (PD)

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
3) di aver preso visione dell'informativa sui dati personali disponibile al seguente indirizzo: https://www.unipd.it/privacy e di essere a conoscenza che 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

……..

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA ANIMALE, PRODUZIONI E SALUTE (MAPS)
VIALE DELL'UNIVERSITÀ N. 16
35020 LEGNARO (PD)

DOMANDA DI AMMISSIONE SOGGETTI ESTERNI

Il/la sottoscritto/a……..……..……
nato/a a ……. prov. ……. il……..……
residente a…….……..……prov. ……c.a.p……..
in Via……..…….. n……., chiede di essere ammesso/a alla procedura comparativa di *curriculum/curriculum e colloquio* ai fini dell'individuazione di soggetti esterni, cui si procederà esclusivamente in caso di esito negativo della ricognizione interna fra il personale Tecnico Amministrativo dell'Ateneo, per lo svolgimento dell'attività di ……..
.....
da svolgersi presso la sede che sarà individuata concordemente dalle Parti all'atto della stipula del contratto (in caso di co.co.co.)/ per conto di ……..……..(in caso di contratto per prestazione di lavoro autonomo).

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 …….. (se cittadino italiano)
3) PARTITA IVA……..
4) di essere in possesso del seguente titolo di studio …….....conseguito il …….. presso …….. con votazione …….. .
5) di essere/non essere dipendente di una pubblica amministrazione;
6) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni (precisare ente, periodo e mansioni):……
   In caso di causa di risoluzione diversa dalla scadenza naturale del contratto, indicare i motivi

della cessazione o, in caso di pensionamento, indicare la data di pensionamento per vecchiaia o per anzianità;

7) di aver adeguata conoscenza della lingua italiana (in caso di cittadini stranieri);
8) di non avere subito condanne penali che abbiano comportato quale sanzione accessoria l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
9) che quanto dichiarato nel curriculum corrisponde al vero
10) di aver preso visione dell'informativa sui dati personali disponibile al seguente indirizzo: https://www.unipd.it/privacy.

È a conoscenza che:

- i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai fini della procedura e che, che i dati relativi all'incarico (nominativo e curriculum del collaboratore, oggetto dell'incarico, compenso) saranno pubblicati sul sito di Ateneo a sensi della normativa vigente;
- non è possibile procedere alla stipula del contratto con coloro che hanno un rapporto di *coniugio* o un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un Professore 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.
- (*in caso di incarichi di consulenza, collaborazione, studio e ricerca*) non è possibile procedere alla stipula del contratto con coloro che si trovino in condizioni di incompatibilità rispetto a quanto previsto dal cui al comma 1 dell'art. 25 della Legge n. 724/1994 e dal comma 9 dell'art. 5 della Legge n. 135/2012.
- (*in caso di incarichi di studio e consulenza)* non è possibile procedere alla stipula del contratto con soggetti, già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza.

Preciso recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

……..

……..

……..

Telefono n……

Indirizzo e-mail ……..

Allega:

- Curriculum vitae datato e firmato;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento;
- Fotocopia di Polizza assicurativa ai sensi dell'art. 5 DPR 137/2012.

data ……

firma……..……