

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA MOLECOLARE –
DMM
VIA U. BASSI, 58/B – 35131 PADOVA
COMPLESSO INTERDIPARTIMENTALE A. VALLISNERI

DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a prov. il.....
residente a.....prov.c.a.p.....
in Via..... n.....,
affidente 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: **CONSULENZA E SUPPORTO ALLO SVILUPPO DI STRUMENTI PER L'ADATTAMENTO DELLE ATTIVITA' DI TIROCINIO DEGLI STUDENTI CON DISABILITA' MOTORIA FREQUENTANTI IL CdL IN TERAPIA OCCUPAZIONALE - D.M. 752/2021** nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, presso la sede del CdL in Terapia Occupazionale (Conegliano - TV) affidente al Dipartimento di Medicina Molecolare.

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 e ss.mm.ii, 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 MOLECOLARE –
DMM
VIA U. BASSI, 58/B – 35131 PADOVA
COMPLESSO INTERDIPARTIMENTALE A. VALLISNERI

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: **CONSULENZA E SUPPORTO ALLO SVILUPPO DI STRUMENTI PER
L'ADATTAMENTO DELLE ATTIVITA' DI TIROCINIO DEGLI STUDENTI CON DISABILITA'
MOTORIA FREQUENTANTI IL CdL IN TERAPIA OCCUPAZIONALE - D.M. 752/2021** presso la
sede del CdL in Terapia Occupazionale (Conegliano - TV) afferente al Dipartimento di Medicina
Molecolare.

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) di essere in possesso del seguente titolo di studioconseguito il
.....presso con votazione
- 4) di essere/non essere dipendente di una pubblica amministrazione;
- 5) 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;

- 6) di aver adeguata conoscenza della lingua italiana (in caso di cittadini stranieri);

- 7) di non avere subito condanne penali che abbiano comportato quale sanzione accessoria l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
- 8) che quanto dichiarato nel curriculum 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 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;
-

data

firma.....