

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
UFFICIO PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO  
PALAZZO STORIONE – RIVIERA TITO LIVIO 6  
35123 - PADOVA

**PROCEDURA COMPARATIVA DI CURRICULUM N. 2019AC6**

**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 ai fini dell'individuazione di personale Tecnico Amministrativo dell'Ateneo, cui affidare attività configurazione di algoritmi di calcolo e di analisi statistiche a supporto delle prove di ammissione ai corsi di studio universitari, per le quali è richiesto un impegno di 6 mesi, per conto dell'Università degli Studi di Padova - Area Didattica e Servizi agli Studenti

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: .....

1) di possedere la seguente esperienza professionale almeno triennale in attività di gestione informatica delle prove di accesso ai Corsi Universitari:

.....;

2) che quanto dichiarato nel *curriculum* allegato corrisponde al vero.

È a conoscenza che, ai sensi del D.L.vo 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/.....

AUTORIZZA L'ASSEGNAZIONE DEL DIPENDENTE PER UN PERIODO DI 6 MESI, PRESSO L'UFFICIO  
CARRIERE STUDENTI, SENZA ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

FIRMA E TIMBRO

.....