

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

PROCEDURA COMPARATIVA DI CURRICULUM N. 2020AC1

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, esperto cui affidare lo svolgimento di attività seminariali in ambito marketing e finance legate al Progetto "Contamination Lab Veneto", per le quali è richiesto un impegno di 2 mesi, per conto dell'Università degli Studi di Padova.

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:;
- 2) di possedere la seguente esperienza professionale, di almeno cinque anni, nel settore formativo e di consulenza manageriale nei settori prevalentemente finanziari e di consulenza con uno o più dei seguenti ruoli: *business analyst, investment analyst, innovation strategy* e formatore in ambito di innovazione:
.....;
- 3) 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 SOTTOSCRITTORESPONSABILE DELLA STRUTTURA
DI AFFERENZA DEL/LA DOTT./DOTT.SSA/.....

AUTORIZZA L'ASSEGNAZIONE DEL DIPENDENTE PER UN PERIODO DI 2 MESI, PRESSO L'UFFICIO
VALORIZZAZIONE DELLA RICERCA, SENZA ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

FIRMA E TIMBRO

.....