

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE,
ONCOLOGICHE E GASTROENTEROLOGICHE
DISCOG
VIA CESARE BATTISTI, 206
35128 PADOVA

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI
(Avviso di procedura n. 2014A06)**

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a prov. il.....
residente aprov.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, per Attività formative di supporto alla didattica per il Master "Assistenza
sanitaria a pazienti stomizzati ed incontinenti", per un periodo di 8 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 conseguita il presso
..... con votazione
- 2) che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero.

E' 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 IL
DISTACCO/MOBILITÀ PARZIALE DEL DIPENDENTE PER IL PERIODO DA _____ A _____
PRESSO IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCOLOGICHE E CHIRURGICHE, SENZA ULTERIORE RICHIESTA DI
SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

FIRMA E TIMBRO

.....

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE,
ONCOLOGICHE E GASTROENTEROLOGICHE
DISCOG
VIA CESARE BATTISTI, 206
35128 PADOVA

**DOMANDA DI AMMISSIONE SOGGETTI ESTERNI
(Avviso di procedura n. 2014A06)**

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a prov. il.....

residente aprov.c.a.p..... in

Via..... n....., chiede di essere

ammesso/a alla procedura comparativa di curriculum 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 attività formative di supporto alla didattica per il Master "Assistenza sanitaria a pazienti stomizzati ed incontinenti".

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
- 3) di essere in possesso della Laurea conseguita 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 periodo e mansioni). In caso di risoluzione diversa dalla scadenza naturale del contratto indicare i motivi della cessazione;
- 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.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:

- Curriculum vitae datato e firmato;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento;

data

firma.....