

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI MATEMATICA "TULLIO LEVI-CIVITA"
VIA TRIESTE N. 63
35121 PADOVA

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 "Sviluppo di un'applicazione per rendere percepibili, tramite diversi sensi, i grafici delle funzioni matematiche - Development of an application to render graphs of mathematical functions perceivable through different senses" nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un periodo di 4 mesi, presso il Dipartimento di Matematica "Tullio Levi-Civita", via Trieste n. 63 – 35121 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 ilpresso
..... 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

.....