

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA - DIMED
VIA GIUSTINIANI N. 2
35128 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 le attività di supporto alla gestione del progetto di ricerca succitato: elaborazione ed interpretazione dei dati sullo stato nutrizionale e sui parametri di malnutrizione ricavabili dai data base degli studi Pro.V.A. - Progetto Veneto Anziani, ILSA - Italian Longitudinal Study of Ageing, BEST - Italian Bollate Eye Study" e con il risultato finale di maggior comprensione dell'interazione tra malnutrizione e decadimento cognitivo, nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un periodo di 9 mesi, presso il Dipartimento di Medicina - DIMED.

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 - DIMED
VIA GIUSTINIANI N. 2
35128 PADOVA

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 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 supporto alla
gestione del progetto di ricerca succitato: elaborazione ed interpretazione dei dati sullo stato
nutrizionale e sui parametri di malnutrizione ricavabili dai data base degli studi Pro.V.A. - Progetto
Veneto Anziani, ILSA - Italian Longitudinal Study of Ageing, BEST - Italian Bollate Eye Study" e con
il risultato finale di maggior comprensione dell'interazione tra malnutrizione e decadimento cognitivo,
che dovranno essere svolte per un periodo massimo di n. 9 mesi, con un impegno quantificato
mediamente in n. 10 ore settimanali *da svolgersi presso la sede che sarà individuata concordemente
dalle Parti all'atto della stipula del contratto.*

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
ilpresso 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 ai 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.....