

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.,

afferente 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 cognizione interna ai fini dell'individuazione di personale Tecnico Amministrativo dell'Ateneo, per lo svolgimento delle attività di supporto alla gestione del progetto di ricerca: "Ruolo delle piastrine reticolate nell'emostasi di pazienti affetti da cirrosi epatica" COD. DIMED-RICERCA2025-01, 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 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 il presso 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.

Premetto 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 cognizione interna fra il
personale Tecnico Amministrativo dell'Ateneo, per lo svolgimento delle attività di supporto alla
gestione del progetto di ricerca: "Ruolo delle piastrine reticolate nell'emostasi di pazienti affetti da
cirrosi epatica" COD. DIMED-RICERCA2025-01, che dovranno essere svolte per un periodo
massimo di n. 4 mesi, con un impegno quantificato mediamente in n. 20 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
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 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.....