UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO
E DELLA SOCIALIZZAZIONE
VIA VENEZIA, 8
35131 PADOVA

DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI Rif. DPSS2019-31

II/la sottoscritto/a	
nato/a a	prov il
residente a	provc.a.p
in Via	, n,
afferente alla Struttura	
Tel: Fax:	E-mail:
(codice dipendente: Data di prima as	ssunzione presso l'Università:)
attualmente nella categoria e area	
chiede di essere ammesso/a alla procedura d	di ricognizione interna ai fini dell'individuazione di
personale Tecnico Amministrativo dell'Ateneo,	per lo svolgimento di un incarico di supporto alla
ricerca per la valutazione delle funzioni cog	nitive (in particolare la memoria episodica ed i
meccanismi di oblio implicito) in soggetti adul-	ti sani, nel rispetto della disciplina delle mansioni
prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001, per un	periodo di 3 mesi, presso DPSS.
Dichiara sotto la propria personale responsabili	tà, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,
consapevole delle sanzioni penali previste dall'a	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
	onseguito ilpresso
	con votazione
2) che quanto dichiarato nel curriculum allegate	o corrisponde al vero.
E' a conoscenza che, ai sensi del D.Lgs 30.6.2	2003, n. 196, i dati forniti saranno trattati, in forma
cartacea o informatica, ai soli fini della procedur	a.
Preciso recapito cui indirizzare eventuali comun	icazioni:

	no n
Indiriz	zo e-mail
Allega	ı:
•	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 SOT	TOSCRITTO RESPONSABILE DELLA STR
DI A	AFFERENZA DEL/LA DOTT./DOTT.SSA/SIG
L'ASSE	GNAZIONE DEL DIPENDENTE PER MESI PRESSO IL CENTRO/DIPARTIMENTO/ AREA/S
	, SENZA ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.
	FIRMA E TIMBRO
	FIRMA E TIMBRO