

DICHIARAZIONE PER TITOLARI DI ASSEgni PER ATTIVITA' DI TUTORATO, DIDATTICHE-INTEGRATIVE, PROPEDEUTICHE E DI RECUPERO. (Legge 170/2003)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o atto di notorietà a norma del DPR 445/2000

Il modulo deve essere debitamente compilato nelle parti che interessano.

Si prega di non omettere informazioni necessarie per la corretta gestione delle posizioni

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____

Nome	Sesso
------	-------

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____

[illegible]

Ai fini della copertura assicurativa per infortuni dichiara di essere:

- ☐ **Studente iscritto all'Università degli Studi di Verona ai corsi di Laurea Specialistica/Magistrale o ai corsi di:**
☐ **Dottorato o alle Scuole di Specializzazione per le Professioni Legali o alla SSISS;**
☐ **Studente iscritto ai corsi di Dottorato o di Laurea Specialistica/Magistrale DI ALTRI ATENEI ITALIANI**
 (verrà trattenuto il premio assicurativo di € 9,90 agli studenti appartenenti ad ALTRI ATENEI).

Residenza:

Comune	Prov.	C.A.P.
--------	-------	--------

Via _____ N°. _____

Recapiti:

Tel. Cellulare	Indirizzo di posta elettronica
----------------	--------------------------------

Cittadinanza

Titolo di Studio

CHIEDE

che il pagamento del compenso venga corrisposto secondo le seguenti modalità di

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatori 27 caratteri alfanumerici).

ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI!

Codice Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	C/C (12 caratteri alfanumerici)

BANCA	CITTA'	AGENZIA O FILIALE DI
-------	--------	----------------------

¹ In relazione al contratto di conferimento di assegni per attività di tutorato stipulato con l'Università degli Studi di Verona, si rende noto che il premio assicurativo obbligatorio pari ad € 9,90, previsto per la copertura assicurativa per infortuni, verrà trattenuto dal compenso spettante, per gli studenti appartenenti ad ALTRI ATENEI.

Trattamenti Economici Personale Strutturato e non Strutturato

Tel. 045/8028304/8497/8076 - Fax 045/8028702

Ufficio.stipendi@ateneo.univr.it

C.F. 93009870234 – P.I. 01541040232



DICHIARA
ai fini della copertura previdenziale

(Si raccomanda di firmare la lettera A ed UNA delle lettere successive (B, C, D). La mancata sottoscrizione dei campi sotto indicati comporterà infatti il mancato pagamento fino al momento della regolarizzazione della posizione previdenziale).

A) che ha ____provveduto o ____provvederà (**barrare l'ipotesi che interessa**) all'iscrizione alla gestione separata presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96

Firma _____

B) di essere **titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** (ES. ex INPDAP, INPS, INPGI etc..) c/o l'Ente e di **essere iscritto alla cassa previdenziale** e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 24%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____

C) di essere **titolare di pensione diretta** quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 24,00%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____

D) di non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità e di e quindi, soggetto alla gestione contributiva nella misura del **35,03%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva

Firma _____

E) di superare il limite contributivo annuo di **€ 122.295,00** presso la gestione separata INPS L.335/95 e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare La trattenuta contributiva.

Firma _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A PRENDE ATTO

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (a seguire: Regolamento) si informano i titolari di incarico di insegnamento che il trattamento dei dati personali forniti, o comunque acquisiti dall'Università di Verona, ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a loro favore dei compensi dovuti e l'applicazione degli adempimenti contributivi, previdenziali e fiscali previsti dalla normativa vigente e verrà effettuato presso l'Ateneo da parte di personale autorizzato, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

S'IMPEGNA

Inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d'ora l'Università degli Studi di Verona da ogni responsabilità in merito.

(data)

per accettazione _____
(Firma leggibile dell'interessato)