





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 COINTERSTATARI!!**

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

BANCA \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

AGENZIA O FILIALE DI \_\_\_\_\_

**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/provverà** (cancellare l'ipotesi che non 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. INPDAP, INPS, INPGI etc.) c/o l'Ente ..... 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 32,72%**. 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 **€ 100.324,00** presso la gestione separata INPS L.335/95 e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare La trattenuta contributiva.

Firma \_\_\_\_\_

Il/La scrivente conferma che, ai fini fiscali e previdenziali, la propria posizione si identifica nelle fattispecie sottoscritte dal medesimo/a e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, **nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Università degli Studi di Verona da qualsiasi responsabilità in merito.**

**Ai sensi della D.lgs. del 30/06/2003 n.196** il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei propri dati per l'esecuzione delle operazioni connesse con l'espletamento della pratica contrattuale in premessa, nonché per finalità statistiche.

\_\_\_\_\_ ,lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_