



**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  M  F  
Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Passaporto (o altro documento di identificazione rilasciato dal Paese di origine) N°. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

**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<sup>1</sup>  
(verrà trattenuto il premio assicurativo di € 6,96 agli studenti appartenenti ad ALTRI ATENEI.

**Residenza:**

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N°. \_\_\_\_\_

**Indirizzo di riferimento:**

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N°. \_\_\_\_\_

**Recapiti:**

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Telefono ufficio \_\_\_\_\_

Telefono Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 € 6,96, previsto per la copertura assicurativa per infortuni, verrà trattenuto dal compenso spettante, per gli studenti appartenenti ad ALTRI ATENEI.



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!

Table with 6 columns: Codic e Paese, Cin Eur, Cin, ABI, CAB, C/C (12 caratteri alfanumerici). Each cell contains a grid of boxes for entering digits.

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/provederà (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. 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 34,23%. 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 € 101.427,00 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, nonchè 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, nonchè per finalità statistiche.

\_\_\_\_\_,li (data)

Firma \_\_\_\_\_