



**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 \_\_\_\_\_

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  
(verrà trattenuto il premio assicurativo di € 10,00 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 \_\_\_\_\_

<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.



**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 € 119.650,00 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)