



DICHIARAZIONE PER TITOLARI DI BORSE DI DOTTORATO DI RICERCA
(Legge 210/1998 art. 4)

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 _____

CODICE FISCALE _____

NATO/A A _____ (Prov.) _____ il _____

RESIDENTE A _____ (Prov.) _____ CAP _____ Via _____ n. _____

RECAPITO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI: telefono _____ fax _____

e-mail _____

CITTADINANZA _____

TITOLO DI STUDIO _____

DIPARTIMENTO _____

CHIEDE

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

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatorie 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 _____ CITTÀ _____

AGENZIA O FILIALE DI _____



AI FINI DELLA COPERTURA PREVIDENZIALE DICHIARA, ALTRESÌ

(La firma della lettera A va accompagnata dalla firma di una delle successive lettere a₁, a₂, a₃. La mancata sottoscrizione dei campi sotto indicati comporterà 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 _____

a₁) di essere **titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** c/o l'Ente Previdenziale _____ (INPS, INPDAP, ecc.) **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 _____

a₂) di **non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità** 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 _____

B) di **superare il massimale di reddito annuo di € 119.650,00 presso la gestione separata INPS L. 335/95 per redditi assoggettati a contributi previdenziali presso la Gestione separata** 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.

_____, lì _____

Firma _____