



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: Codice 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. 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 31,72%. 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 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.

_____, li _____

Firma _____