



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

DIREZIONE PERSONALE
Area Trattamenti Economici
Gestione Economica Personale Non Strutturato

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o di 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.

Da compilarsi a cura del personale esterno all'Università degli Studi di Verona titolare di*:

- Borsa di studio per dottorato di ricerca post-laurea di cui alla Legge 3/7/1998 n. 210 art. 4 e Decreto Miur 30/04/1999 n. 224;
- Assegno di ricerca art.51, sesto comma, Legge 449/1997

Il sottoscritto _____
Codice Fiscale _____
Nato a _____ (Prov.) _____ il _____
Residente a _____ (Prov.) _____ Cap _____ Via _____ n.° _____
Domicilio Fiscale (se diverso): _____
Recapito per eventuali comunicazioni (tel; fax; e-mail) _____

Ai fini della copertura previdenziale

DICHIARA

(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/provvederà** (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** c/o l'Ente _____ e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 17%**. 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 17%**. 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 24,72%**. 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 € 87.187,00 e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva.

• Firma _____

Ai fini della copertura assicurativa per la responsabilità civile, di cui all'art.8 del contratto di conferimento di Assegno per la collaborazione ad attività di ricerca stipulato con l'Università degli Studi di Verona, si rende noto che il premio assicurativo che verrà trattenuto dalla prima competenza mensile è di € 1,20.

CHIEDE

che il pagamento delle somme dovute venga corrisposto secondo le seguenti modalità di pagamento:

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatori 27 caratteri alfanumerici)					
Codice Paese	Cin Eur (2 caratteri numerici)	Cin (1 carattere alfabetico)	ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	C/C (12 caratteri alfanumerici)

BANCA _____ CITTA' _____

AGENZIA O FILIALE DI _____

RISCOSSIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO DI UNA QUALUNQUE FILIALE UNICREDIT

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 _____

Firma _____