

Al Direttore
del Dipartimento di Scienze per l'Architettura
Stradone S. Agostino 37
16123 Genova

Oggetto: Risposta al Bando prot. N. 3218 del 06.10.2016 per l'attivazione di contratti di diritto privato ai sensi Regolamento per lo svolgimento di attività di supporto alla didattica nei corsi di studio dell'Università degli Studi di Genova a.a. 2016/2017

Il sottoscritto:

- cognome _____ nome _____
residenza (Via/Piazza, n° civico) _____ cap. _____ città _____ stato _____
recapito telefonico _____ e-mail _____
data di nascita _____ luogo di nascita _____
codice fiscale _____ stato civile _____
laurea conseguita _____ ulteriori qualifiche _____
indirizzo (se diverso dalla residenza) _____

• **modalità di pagamento**

- ABI _____ CAB _____ CIN _____ n. conto _____
IBAN _____
- Modalità diversa (specificare) _____

Chiede l'affidamento di attività di supporto alla didattica per l'a.a. 2016/2017 di:

- **insegnamento ufficiale** _____
- **titolare**

dichiara (barrare le voci che interessano e compilare le righe con i dati richiesti):

<input type="checkbox"/>	di essere iscritto per l'a.a. 2016/2017 al _____ anno del corso di dottorato in/della scuola di specializzazione in _____
<input type="checkbox"/>	di fruire della seguente borsa di studio/forma di retribuzione (specificare quale) _____ per svolgere attività di studio e di ricerca presso (indicare la struttura) _____ di questa Università
<input type="checkbox"/>	di essere iscritto all'ordine professionale _____
<input type="checkbox"/>	di essere insegnante di ruolo presso la scuola secondaria _____
<input type="checkbox"/>	di essere dipendente di ruolo della seguente Amministrazione dello Stato _____
<input type="checkbox"/>	di essere dipendente dal/dalla seguente ente di ricerca / ente (pubblico / privato) / azienda (pubblica / privata) con cui l'Università di Genova ha stipulato la/le seguente/i convenzione/i _____

Dichiara su propria responsabilità:

- di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un docente appartenente al dipartimento ovvero con il rettore, il direttore generale o un componente del consiglio di amministrazione dell'Università (art. 18, comma 1, lett. c) della legge 30.12.2010, n. 240)

Dichiara inoltre che:

- La prestazione è resa nell'ambito di un rapporto di Collaborazione Coordinata e Continuativa**

- Al fine dell'applicazione del contributo INPS di cui alla Legge 335/95 art. 2 dichiara inoltre:
 - di essere privo di altra copertura previdenziale obbligatoria (effettuare iscrizione gestione separata INPS come da All. B.1)
 - di non superare la soglia di € 37.883,00 di reddito
 - di superare la soglia di € 37.883,00 fino a € 82.401,00 di reddito (circolare INPS n. 27 del 10 febbraio 2004);
 - di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria (compilare All. B.2)
 - dipendente altra Pubblica Amministrazione** (Allegare nulla osta Ente di appartenenza)
 - dipendente di altra azienda** (Allegare nulla osta Azienda di appartenenza)
- **soggetti non residenti in Italia** (ai fini dell'applicazione dell'art.2 del D.P.R. n. 197)
 - che dimorerà per più di 183 giorni nel territorio dello Stato Italiano (obbligato alla presentazione in Italia della dichiarazione dei redditi)
 - che non dimorerà per più di 183 giorni nel territorio dello Stato Italiano (compilare All. B.3)

- La prestazione, da assoggettarsi all'imposta sul valore aggiunto, è resa nell'esercizio dell'arte e della professione (indicare il n. di partita I.V.A. _____)**

Ed è da assoggettarsi

- al contributo integrativo del:
 - 2% (D.L.509/94, D.L. 103/96);
 - 4% (ex Decreto Interministeriale del 17/04/2004);
- al contributo a titolo di rivalsa del:
 - 4% (art.1 L. 662/96);

IL SOTTOSCRITTO ALLEGA INOLTRE UN CURRICULUM VITAE, IL PROGRAMMA INIZIALE DELL'ATTIVITÀ CHE SI INTENDE SVOLGERE E UNA COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO, PENA L'ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA.

Il sottoscritto è consapevole che la presente domanda non potrà essere accolta se priva anche di parte delle dichiarazioni e/o documenti richiesti.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre nel caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora il Dipartimento, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto delle suddette dichiarazioni.

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionali di cui all'art. 26 comma 1 lett. a) D. Lgs. 81/2008 richiesti per lo svolgimento dell'incarico in questione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D .Leg.vo 30.6.2003, n. 196 che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Università degli Studi di Genova ai sensi dei Regolamenti in materia di cui al D.R. 198 dell' 11 .7.2001e n. 165 del 12.4.2006.

DATA _____

FIRMA _____
leggibile

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE SEPARATA DI CUI
ALL'ART. 2 COMMA 26 DELLA LEGGE 8 AGOSTO 1995 N. 335**

ALLA SEDE DI _____

Il sottoscritto: _____ nato il ___ / ___ / ___
cognome / nome gg mm aa

residente a: _____ C.a.p. _____ prov. _____

Via/Piazza: _____ N. _____ Telef. ___ / _____

Cod. _____ Fisc.: _____

COMUNICA CHE

1) Dal giorno ___ / ___ / ___ svolge la seguente attività: _____

2) Per l'attività di cui al precedente punto 1 è ISCRITTO al seguente ALBO PROFESSIONALE:

3) Per l'attività di cui al precedente punto 1 non ha l'obbligo di iscrizione a Fondi o Casse pensioni

4) L'attività di cui al precedente punto 1 consiste in una COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA svolta a favore del/i seguente/i committente/i:

COMMITTENTE N. 1: _____
cognome/nome oppure denominazione della ditta

Codice Fiscale: _____ N. Telef. ___ / _____

Sede Amministrativa o Filiale: Via/Piazza _____ N. _____

Comune: _____ C.a.p. _____ Prov. _____

COMMITTENTE N. 2: _____
cognome/nome oppure denominazione della ditta

Codice Fiscale: _____ N. Telef. ___ / _____

Sede Amministrativa o Filiale: Via/Piazza _____ N. _____

Comune: _____ C.a.p. _____ Prov. _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

DATA _____

FIRMA: _____
leggibile

per chi ha barrato la casella sub. 1) punto 2° della domanda "MOD. B"
"di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria"

Il sottoscritto _____
titolare di un contratto di attività di supporto alla didattica per l'Anno Accademico 2016/2017 dichiara di essere in
possesso della seguente copertura previdenziale obbligatoria (barrare la casella corrispondente):

0	Pensionati	001	Pensionato di tutti gli Enti pensionistici obbligatori (titolari di pensione non diretta)
		002	Titolari di pensione diretta
1	Assicurati di altre forme assicurative obbligatorie	101	Fondo pensioni lavoratori dipendenti
		102	Artigiani
		103	Commercianti
		104	Coltivatori diretti, mezzadri e coloni
		105	Versamenti volontari
		106	Versamenti fiurativi (CIG, ecc.)
		107	Fondi speciali
2	I.N.P.D.A.P.	201	Dipendenti da Enti Locali e Dipendenti delle Amministrazioni dello Stato
3	Casse previdenziali professionisti autonomi	301	Dottori commercialisti
		302	ragionieri
		303	Ingegneri e architetti
		304	Geometri
		305	Avvocati
		306	Consulenti del lavoro
		307	Notai
		308	Medici
		309	Farmacisti
		310	Veterinari
		311	Chimici
		312	Agronomi
		313	Geologi
		314	Attuari
		315	Infermieri professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'infanzia
		316	Psicologi
		317	Biologi
		318	Periti industriali
		319	Agrotecnici, Periti agrari
		320	Giornalisti
		321	Spedizionieri (fino al 31-12-1998)
4	I.N.P.D.A.I.	401	Dirigente d'Azienda
5	ENPALS	501	Lavoratori dello spettacolo
6	I.P.O.S.T.	601	Lavoratori Poste Italiane S.p.A.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

DATA: _____

FIRMA: _____

leggibile

SOGGETTO NON RESIDENTE

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome

Nome (per esteso)

Codice identificazione fiscale estero (*)

Codice fiscale

Località di nascita Stato estero.....

Data di nascita

Località di residenza Stato estero.....

Indirizzo.....

.....

Cittadinanza

Domicilio in Italia

Località in cui è svolta l'attività

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

DATA _____

FIRMA: _____
leggibile

(*) Motivare se non in possesso