



**DICHIARAZIONE TITOLARI DI ASSEGNI DI RICERCA**  
(art.22 L240/2010)

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  M  F

**Luogo di nascita:** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_ **Data di nascita** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale**     |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Residenza al 01/01/2019:**

**Comune** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_ **C.A.P.** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_ **N°.** \_\_\_\_\_

**Recapiti:**

**Telefono ufficio** \_\_\_\_\_ **Telefono Cellulare** \_\_\_\_\_

**Indirizzo di posta elettronica** \_\_\_\_\_

**Titolo di Studio** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che **il pagamento degli emolumenti spettanti** venga corrisposto secondo le seguenti modalità di pagamento:

**IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatorie 27 caratteri alfanumerici).**

**ATTENZIONE: indicare solo un 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** \_\_\_\_\_

## DICHIARA

**(consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.PR. 445/00)**

### 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, Cassa Previdenziale di Categoria, etc..) c/o l'Ente ..... e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, 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 \_\_\_\_\_

**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 34,23 %**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva

Firma \_\_\_\_\_

**D) di superare il limite contributivo annuo di € 102.543,00** presso la gestione separata L.335/95 e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta

Firma \_\_\_\_\_

**Ai fini della copertura assicurativa per infortuni, si rende noto che il premio assicurativo annuale obbligatorio, pari ad € 6,96, verrà trattenuto dalle competenze stipendiali.**

### **INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (a seguire: Regolamento) si informa 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 Università degli Studi di Verona da ogni responsabilità in merito.**

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile dell'interessato)

**Trattamenti Economici Personale Strutturato e non Strutturato**

Phone: 045/8028304/8497/8076 - Fax: 045/8028702

Ufficio.stipendi@ateneo.univr.it

Tax no. 93009870234 – VAT no. 01541040232