

## Dichiarazione incarico IS

Al direttore del Dipartimento di Ingegneria Civile,  
Chimica e Ambientale- DICCA  
Via Montallegro, 1  
16145 Genova

**Oggetto: Contratti di diritto privato per insegnamenti/moduli ufficiali/integrativi ai sensi dell'art. 23, comma 2, Legge 30/12/2010, n. 240 – a.a. 2023/2024**

Il/La sottoscritto/a:

- cognome RIGO nome ILARIA  
residenza (Via/P.zza e n. civico) VIA ACHILLE GRANDI 55 CAP 20099 città SESTO SAN GIOVANNI stato ITALIA  
recapito telefonico 3341528569 fax .....  
e-mail [ilariarigo@edu.unige.it](mailto:ilariarigo@edu.unige.it) codice fiscale RGILRI93P70F205O luogo di nascita MILANO data di nascita 30/09/1993  
indirizzo (se diverso dalla residenza) ..... CAP ..... città .....  
Stato .....  
stato civile NUBILE (obbligatorio per l'inserimento dei dati nel Libro Matricola INAIL)  
modalità di pagamento:  
 CIN A ABI 05034 CAB 01715 n. conto 01252 IBAN IT56A0503401715000000001252  
(Formato IBAN – Coordinate Bancarie Nazionali – CIN 1 carattere, ABI 5 caratteri, CAB 5 caratteri, Conto Corrente 12 caratteri – tutti preceduti da zeri a sinistra)

Designato per l'affidamento per l'a.a. 2023-2024 del seguente:

- insegnamento ufficiale/integrativo MARINE BIODIVERSITY MANAGEMENT cod.10720  
periodo di svolgimento dell'attività (Bimestre, I semestre, II semestre, annuale,) Il semestre

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28.12.2000, n. 445:

- di essere soggetto esterno ai ruoli universitari o studioso ed esperto della materia oggetto dell'incarico
- di essere titolare di assegno di ricerca per il progetto: ..... LIFE REEFORST (Ricerche per il ripristino di *Ericaria amentacea* in Mar Ligure: habitat suitability e massimizzazione del capitale naturale) e che l'attività didattica sarà svolta al di fuori dell'impegno quale assegnista e previo parere favorevole della struttura di appartenenza (modulo allegato n.2).
- di essere dipendente di altro Ente (allegare nulla osta allegato n.3):  
.....
- di essere dipendente dell'Università in qualità di personale tecnico amministrativo presso la struttura (allegare autorizzazione del Direttore Generale): .....
- di essere iscritto al corso di dottorato (allegare nulla osta allegato n.4) in .....

Il/la sottoscritto/a fornisce le seguenti dichiarazioni (barrare le voci che interessano e compilare le righe con i dati richiesti):

**DATI PROFESSIONALI / PROFESSIONAL DATA titolari di partita iva**

RAGIONE SOCIALE											
<input type="text"/>											
Partita IVA /VAT number						Iscritto al seguente			Albo		
Professionale											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Applica rivalsa : cassa prof.le 2% <input type="checkbox"/> prof.le 4% <input type="checkbox"/> INPS 4% <input type="checkbox"/>											
Denominazione Cassa:											
<input type="text"/>											
Si avvale di regime ordinario (si Iva, si Irpef)										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Si avvale di un regime fiscale agevolato (no Iva, no Irpef)										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 del DPR 633/72- prestazioni sanitarie										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**IN ALTERNATIVA**

**DATI PERSONE FISICHE senza partita iva / NOT PROFESSIONAL DATA**

Lavoro dipendente		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ente o Azienda da cui dipende (se Ente pubblico allegare copia nulla osta nei casi previsti)		
Indicare codice tipo di copertura previdenziale tra quelli riportati nell'all.n.1		<input type="text"/>
> Pensionato/a		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se pensionato, specificare la tipologia (vedi allegato n.1)		
<input type="text"/>		
> Di essere soggetto alla gestione separata INPS (titolare di borsa o assegno di ricerca)		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
> In attesa di iscrizione alla gestione separata INPS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
> 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.n.5)		

Per i cittadini di paesi non appartenenti alla Comunità Europea allegare copia del permesso di soggiorno.

Data ..... 1/09/2023.....

Firma ..... 

## Per chi ha dichiarato "di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria"

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, professore a contratto per l'Anno Accademico \_\_\_\_\_, dichiara di essere in possesso della seguente copertura previdenziale obbligatoria (barrare la casella corrispondente):

0	Pensionati	001	Pensionati 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 figurativi (CIG, ecc.)
		107	Fondi speciali
2	I.N.P.S. (ex 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.S. (ex I.N.P.D.A.I.)	401	Dirigenti d'Azienda
5	I.N.P.S. (ex ENPALS)	501	Lavoratori dello spettacolo
6	I.N.P.S. (ex I.P.O.S.T.)	601	Lavoratori Poste Italiane S.p.A.
7	Altro		

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

## Autorizzazione per assegnisti

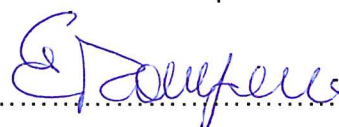
## DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA TERRA, DELL'AMBIENTE E DELLA VITA

Si esprime parere favorevole allo svolgimento del seguente  
Insegnamento ufficiale/ integrativo: MARINE BIODIVERSITY MANAGEMENT codice  
10720 da parte del Dott./Dott.ssa ILARIA RIGO,  
titolare di assegno per la collaborazione ad attività di ricerca per il progetto LIFE  
REEFFOREST (Ricerche per il ripristino di *Ericaria amentacea* in Mar Ligure: habitat  
suitability e massimizzazione del capitale naturale), presso il Dipartimento, nei limiti, alle  
condizioni e con le modalità di cui all'Avviso di selezione n. 2 del 2023/2024  
per l'affidamento di insegnamenti/moduli ufficiali/integrativi a soggetti non strutturati presso  
l'Università, ai sensi dell'art. 23, comma 2, Legge 30/12/2010, n. 240 e ai sensi dell'art. 5,  
comma 1, D.R. N. 444 del 27.03.2013 Regolamento per lo svolgimento di attività didattica  
ed il conferimento di incarichi di insegnamento nei corsi di laurea, laurea magistrale e di  
specializzazione.

Il Responsabile Scientifico



Il Direttore del Dipartimento



**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI INGEGNERIA CIVILE, CHIMICA, E AMBIENTALE  
(DICCA)**

Con riferimento alla richiesta di presentazione di

- Nulla Osta dell'Ente di appartenenza ..... (specificare Ente)
- ..... (specificare certificazione)
- ..... (specificare documento)

Di cui all'Avviso di selezione n. .... del ..... per l'affidamento dell'insegnamento/modulo ufficiale/  
integrativo:..... codice..... il sottoscritto chiede  
che tale domanda sia accolta in via provvisoria.

Dichiara

inoltre di essere informato del fatto che non si potrà, in ogni caso, procedere alle ulteriori incombenze necessarie per  
l'eventuale affidamento dell'attività didattica prima che pervenga la suddetta documentazione.

Dichiara

altresi di accettare in ogni caso il fatto che, in assenza di tale documentazione all'atto della stipula del contratto, la  
domanda eventualmente accolta in via provvisoria sarà ritenuta definitivamente non accoglibile.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**Autorizzazione per dottorandi**

DIPARTIMENTO .....

Si esprime parere favorevole allo svolgimento del seguente corso ufficiale/ integrativo:

.....

**Insegnamento:.....codice .....**

**da parte del Dott./Dott.ssa .....**,

iscritto al Corso di Dottorato in ..... presso il

Dipartimento, nei limiti, alle condizioni e con le modalità di cui all'Avviso di selezione

n. .... del (gg/mm/aaaa).....

per l'affidamento di attività didattica integrativa di insegnamenti/moduli ufficiali a soggetti non strutturati presso l'Università, ai sensi dell'art. 23, comma 2, Legge 30/12/2010, n. 240 e ai sensi dell'art. 5, comma 1, D.R. n. 444 del 27.03.2013 Regolamento per lo svolgimento di attività didattica ed il conferimento di incarichi di insegnamento nei corsi di laurea, laurea magistrale e di specializzazione.

Il Coordinatore del Collegio dei docenti

.....