

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 attività didattica curriculare ai sensi dell'art. 23, comma 2, Legge 30/12/2010, n. 240 – a.a. 2024/2025

Il sottoscritto/a:

- cognome MESSICO nome ALBERTO
residenza *Via Genova, 43* CAP 18013 città Diano Marina stato IM
recapito telefonico 392 5866214 fax
e-mail ALBERTO.MESSICO@GMAIL.COM codice fiscale MSSLRT87D30E290M
luogo di nascita IMPERIA data di nascita 30/04/1987

indirizzo (se diverso dalla residenza) CAP città

Stato

stato civile (obbligatorio per l'inserimento dei dati nel Libro Matricola INAIL)

modalità di pagamento:

- CIN **O** ABI **033332** CAB **10500** n. conto **000000715777** IBAN **IT8600333210500000000715777**

(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. 2024-25 del seguente:

- insegnamento ufficiale/integrativo **Elementi di architettura tecnica** cod. **107740**
periodo di svolgimento dell'attività (Bimestre, I semestre, II semestre, annuale.)

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:
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:
.....
- 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.3) 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										
Ingegnere Alberto Messico										
Partita IVA /VAT number										
Iscritto al seguente Albo										
Professionale										
0	1	6	0	3	2	5	0	0	8	3
ORDINE DEGLI INGEGNERI DI GENOVA										
Applica rivalsa : cassa prof.le 2% <input type="checkbox"/> prof.le 4% <input checked="" type="checkbox"/> INPS 4% <input type="checkbox"/>										
Denominazione Cassa:										
INARCASSA										
Si avvale di regime ordinario (si Iva, si Irpef) SI <input checked="" 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	
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 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.	

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

Data 04/10/2024

Firma 


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

Il sottoscritto Alberto Messico professore a contratto per l'Anno Accademico 2024/2025 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
		x	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

Si esprime parere favorevole allo svolgimento del seguente

Insegnamento ufficiale/ integrativo:..... codice
..... da parte del Dott./Dott.ssa,
titolare di assegno per la collaborazione ad attività di ricerca per il progetto
..... presso il Dipartimento, nei limiti, alle
condizioni e con le modalità di cui all'Avviso di selezione n. del
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

.....

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

.....