

**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/La sottoscritto/a:

- cognome GAMBELLI ..... nome SANDRO.....  
residenza (Via/P.zza e n. civico) VIA PALEOCAPA 33/15 CAP 16135 città GENOVA stato ITALIA  
recapito telefonico 392 06 84388 fax .....  
e-mail [gambellisandro59@gmail.com](mailto:gambellisandro59@gmail.com) codice fiscale GMBSDR59R10A271J luogo di nascita ANCONA  
..... data di nascita 10.10.1959  
indirizzo (se diverso dalla residenza) ..... CAP ..... città .....  
Stato .....  
stato civile LIBERO ..... (obbligatorio per l'inserimento dei dati nel Libro Matricola INAIL)  
modalità di pagamento: **ATTIVITA' DIDATTICA SVOLTA A TITOLO GRATUITO COME DA ART. 3 CONTRATTO**  
⇒ CIN.....ABI .....CAB.....n. conto .....IBAN .....  
(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 "FIRE SAFETY DESIGN"  
cod. 98116 (se integrativo indicare di quale insegnamento ufficiale)  
periodo di svolgimento dell' attività (Bimestre, I semestre, II semestre, annuale,) **II 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: .....  
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		seguinte	Albo
Professionale												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Se pensionato, specificare la tipologia (vedi allegato n.1)</b>													
Titolare di pensione diretta													
> 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 (compilare All.n.5)													

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

Data 18 ottobre 2024

Firma



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

Il sottoscritto GAMBELLI SANDRO , professore a contratto per l'Anno Accademico 2024/25, 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)
		<input checked="" type="checkbox"/>	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, Vigiliatrici 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.

Data 18 ottobre 2024

Firma



**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**

.....

**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

altresì 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

.....