**All. B**

 Al Direttore

del DISPO

 Piazzale E. Brignole, 3A

 16125 Genova

##### Oggetto: Risposta al Bando Rep. 945 del 05/03/2020 per l’attivazione di contratti di diritto privato ai sensi del regolamento per lo svolgimento dell’attività di supporto alla didattica nei corsi di studio dell’Università degli Studi di Genova a.a. 2019/2020

Il sottoscritto:

1. 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)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **modalità di pagamento**

 COD. IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede l’affidamento di attività di supporto alla didattica di:

1. **insegnamento ufficiale**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**cod.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **titolare** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

periodo di svolgimento dell’attività di supporto alla didattica (vedi all. A del bando)

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

* di essere iscritto per l’a.a. 2019/2020 al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno del corso di dottorato in/della scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 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
* di essere iscritto al seguente ordine professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere insegnante di ruolo presso la scuola secondaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere dipendente di ruolo della seguente Amministrazione dello Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 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 che: **La prestazione è resa nell’ambito di un rapporto di lavoro autonomo**

* 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 superrare 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)
* Dichiara inoltre:
* Di essere a conoscenza che l’incarico di insegnamento oggetto del presente bando non può essere conferito a

-soggetti che si trovano in una delle situazioni di incompatibilità previste per il personale docente di ruolo delle Università dall’art. 13 del D.P.R. 11/7/1980, n.382 e successive modificazioni ed integrazioni.

**Il sottoscritto allega inoltre: Curriculum Vitae datato e firmato, 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.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

leggibile

MOD. B

ALL. B.1

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Per l’attività di cui al precedente punto 1 è ISCRITTO al seguente ALBO PROFESSIONALE:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Per l’attività di cui al precedente punto 1 non ha l’obbligo di iscrizione a Fondi o Casse pensioni
2. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 cgnome/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

|  |
| --- |
| **MOD. B****ALL. B.2** |
| per chi ha barrato la casella sub. 1) punto 2° della domanda “MOD. B”"di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria" |
| ll sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare di un contratto di attività di supporto alla didattica per l'Anno Accademico 2019/2020 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.S |  | 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 |

**MOD. B**

**ALL. B.3**

###### 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