

Al Direttore  
del Dipartimento di Architettura e Design  
Stradone S. Agostino 37  
16123 Genova

**Oggetto: Risposta al Bando prot. N. 3550 del 23.01.2017 per l'attivazione di contratti di diritto privato ai sensi Regolamento per lo svolgimento di attività di supporto alla didattica nei corsi di studio dell'Università degli Studi di Genova a.a. 2016/2017**

Il sottoscritto:

- 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) \_\_\_\_\_

• **modalità di pagamento**

- ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_ n. conto \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_
- Modalità diversa (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chiede l'affidamento di attività di supporto alla didattica per l'a.a. 2016/2017 di:

- **insegnamento ufficiale** \_\_\_\_\_
- **titolare** \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/>	di essere iscritto per l'a.a. 2016/2017 al _____ anno del corso di dottorato in/della scuola di specializzazione in _____
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	di essere iscritto all'ordine professionale _____
<input type="checkbox"/>	di essere insegnante di ruolo presso la scuola secondaria _____
<input type="checkbox"/>	di essere dipendente di ruolo della seguente Amministrazione dello Stato _____
<input type="checkbox"/>	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 sequente/i convenzione/i _____

**Dichiara su propria responsabilità:**

- di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un docente appartenente al dipartimento ovvero con il rettore, il direttore generale o un componente del consiglio di amministrazione dell'Università (art. 18, comma 1, lett. c) della legge 30.12.2010, n. 240)

Dichiara inoltre che:

- La prestazione è resa nell'ambito di un rapporto di Collaborazione Coordinata e Continuativa**

- Al fine dell'applicazione del contributo INPS di cui alla Legge 335/95 art. 2 dichiara inoltre:
  - di essere iscritto alla gestione separata INPS
  - di essere privo di copertura previdenziale obbligatoria (effettuare iscrizione alla gestione separata sede INPS di residenza)
  - 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)

- La prestazione, da assoggettarsi all'imposta sul valore aggiunto, è resa nell'esercizio dell'arte e della professione**

**RAGIONE SOCIALE**

---

**PARTITA IVA / VAT NUMBER**

---

**ISCRITTO AL SEGUENTE ALBO PROFESSIONALE:**

---

**DENOMINAZIONE CASSA:**

---

**APPLICA RIVALSA:** cassa prof.<sup>le</sup> 2%  cassa prof.<sup>le</sup> 4%  INPS 4%  \_\_\_\_\_

Si avvale del regime forfettario dell'art. 1, commi da 54 a 89 della Legge n. 190/2014 SI  NO

Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 del DPR 633/72- prestazioni sanitarie SI  NO

Regime di vantaggio – art. 27 D.L. 98/2011 SI  NO

Soggetto alla gestione separata INPS SI  NO

**IL SOTTOSCRITTO ALLEGA INOLTRE UN CURRICULUM VITAE, IL PROGRAMMA INIZIALE DELL'ATTIVITÀ CHE SI INTENDE SVOLGERE E UNA COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO, 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.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre nel caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora il Dipartimento, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto delle suddette dichiarazioni.

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionali di cui all'art. 26 comma 1 lett. a) D. Lgs. 81/2008 richiesti per lo svolgimento dell'incarico in questione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D .Leg.vo 30.6.2003, n. 196 che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Università degli Studi di Genova ai sensi dei Regolamenti in materia di cui al D.R. 198 dell' 11 .7.2001e n. 165 del 12.4.2006.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
leggibile

per chi ha barrato nella tabella 1 la casella "di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria"

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ titolare di un contratto di attività di supporto alla didattica per l'Anno Accademico 2016/2017 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.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, Viglatrici 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

## 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