

La domanda deve essere compilata in stampatello e comunque in modo chiaro e leggibile

**ALLEGATO "A"**

Al Direttore del Dipartimento  
Architettura e Design  
Prof. Arch. Enrico Dassori

In riferimento all'avviso n. 2401 del 04/06/2018 il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_

tel abitazione \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il conferimento dell'insegnamento di \_\_\_\_\_

CODICE \_\_\_\_\_ Corso di Studi \_\_\_\_\_ presso

il Dipartimento Architettura e Design per l'a.a. 2018-2019

**DICHIARA**

- di essere in possesso di adeguati requisiti scientifico-professionali, coerenti con le tematiche oggetto dell'insegnamento come risulta dall'allegato CV;
- di non essere iscritto al dottorato di ricerca ai sensi del D.R. n. 309 del 26/11/2002 così come aggiornato dal D.R. n. 2068 del 6 aprile 2005 (art. 11 c.7);
- di non essere coniugato e di non avere un grado di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso, con un docente appartenente al Dipartimento di Scienze per l'Architettura, di non essere in una delle situazioni di incompatibilità previste per il personale docente di ruolo delle università dall'art. 13 del D.P.R. 382/1980 e successive modificazioni o integrazioni;

## DICHIARA INOLTRE

— **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
    - **dipendente altra Pubblica Amministrazione** (Allegare nulla osta Ente di appartenenza)  
Denominazione \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici o email \_\_\_\_\_
    - **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

— **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:**

\_\_\_\_\_

**APPLICA RIVALSA:**

- cassa prof.<sup>le</sup> 2%
- cassa prof.<sup>le</sup> 4%
- INPS 4%
- (denominazione cassa): \_\_\_\_\_

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

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

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

Soggetto alla gestione separata INPS    Sì     NO

Il/La sottoscritto/a allega la documentazione di cui all'art. 3 dell'avviso di selezione

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la presente domanda potrà non essere accolta se priva anche di parte delle dichiarazioni e/o documenti richiesti.

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

In fede,

\_\_\_\_\_