

ALLEGATO B

Al Direttore
del Dipartimento di Scienze
della Terra, dell'Ambiente e della Vita
Corso Europa 26, 16132 Genova

Oggetto: Risposta al Bando N. 5/2017-2018 del 18/01/2018 per l'attivazione di contratti di diritto privato ai sensi del "Regolamento per lo svolgimento di attività di supporto alla didattica nei corsi di studio" dell'Università degli Studi di Genova - a.a. 2017 - 2018

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. _____ per:

- **insegnamento ufficiale (specificare se per attività seminariale, di laboratorio, di tutorato o esercitazioni)**

- **specificare il profilo (se presente)**

• **cod.** _____

• **titolare** _____

periodo di svolgimento dell'attività _____

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

- | |
|--|
| <p>— di essere iscritto per l'a.a. _____ al _____ anno del corso di dottorato in/della scuola di specializzazione in _____</p> <p>— 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</p> <p>— di essere iscritto all'ordine professionale _____</p> <p>— di essere insegnante di ruolo presso la scuola secondaria _____</p> <p>— di essere laureato dipendente di ruolo della seguente Amministrazione dello Stato _____</p> <p>— di essere laureato dipendente del/della seguente ente di ricerca / ente (pubblico / privato) / azienda (pubblica / privata) con cui l'Università di Genova ha stipulato la/le seguente/i convenzione/i _____</p> <p>— di essere ex dipendente del/della seguente ente di ricerca / ente (pubblico / privato) / azienda (pubblica / privata) con cui l'Università di Genova ha stipulato la/le seguente/i convenzione/i _____, quando ciò sia contemplato dalle previste convenzioni.</p> |
|--|

— **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 privo di altra copertura previdenziale obbligatoria (*effettuare iscrizione gestione separata sede INPS di residenza come da facsimile All. B/1*)
 - di non superare la soglia di € 37.883,00 di reddito con altri contratti di collaborazione con l'Università di Genova (*circolare INPS n. 27 del 10 febbraio 2004*);
 - di superare la soglia di € 37.883,00 fino a € 82.401,00 di reddito con altri contratti di collaborazione con l'Università di Genova (*circolare INPS n. 27 del 10 febbraio 2004*).
 - di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria (*compilare All. B/2*)
 - di essere titolare di pensione previdenziale diretta
 - di essere titolare di pensione di reversibilità
 - che essendo in possesso del requisito del 65° anno di età intende avvalersi degli effetti della L. n. 335/1995 e del D.M. 2 maggio 1996, n. 282 e successive modificazioni ed integrazioni per i quali l'interessato non è soggetto all'iscrizione alla gestione separata INPS avendo presentato richiesta di cancellazione all'ente previdenziale INPS entro il 31.5.2001 (*facoltà esercitata nel quinquennio 1/4/1996 – 31/3/2001*)
 - di essere iscritto a Cassa Professionale. Dichiara altresì che la prestazione rientra nell'attività professionale per la quale il titolare del contratto è iscritto al proprio Ente di Previdenza
 - di essere **dipendente di altra azienda** (*allegare la lettera di Richiesta del Nulla Osta e compilare l'All. B/3*)
 - di essere **dipendente di altra Pubblica Amministrazione** (*allegare la lettera di Richiesta del Nulla Osta e compilare l'All. B/3*)

Soggetti non residenti in Italia (*ai fini dell'applicazione dell'art. 2 del D.P.R. n. 197*)

- che non 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/4*)

— **La prestazione è resa nell'ambito dell'esercizio di un rapporto di natura professionale, inquadrato nella partita IVA n. _____**

E' da assoggettarsi

- Al contributo integrativo del
 - 2% (D.L.509/94; D.L 103/96)
 - 4% (ex decreto ministeriale del 17/04/2004)
- Al contributo a titolo di rivalsa del
 - 4% (art 1 L.662/96)

Il/La sottoscritto/a allega alla presente risposta Curriculum Vitae, pena l'esclusione dalla procedura, e fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

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 è consapevole che la domanda non potrà essere accolta se priva anche di parte delle documentazioni richieste

DATA _____

FIRMA _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE SEPARATA DI CUI
ALL'ART. 2 COMMA 26 DELLA LEGGE 8 AGOSTO 1995 N. 335

ALLA SEDE DI _____

Il/La sottoscritto/a: _____ 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:

2) Per l'attività di cui al precedente punto 1 è ISCRITTO al seguente ALBO PROFESSIONALE:

3) Per l'attività di cui al precedente punto 1 non ha l'obbligo di iscrizione a Fondi o Casse pensioni

4) 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: _____
cognome/nome oppure denominazione della ditta

Codice Fiscale: _____ N. Tel. ___ / _____

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: _____

**Per chi ha barrato la casella sub. 1) punto 2° della domanda "MOD. B"
"di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria"**

Il/la sottoscritto/a _____
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. (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, 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	Dirigente 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/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.

DATA: _____

FIRMA: _____

**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
DI
SCIENZE DELLA TERRA DELL'AMBIENTE E DELLA VITA
(DISTAV)**

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 di attività di supporto alla didattica per
l'insegnamento ufficiale

.....
codice, 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 potrà essere ritenuta definitivamente non accoglibile.

DATA _____

FIRMA: _____

SOGGETTO NON RESIDENTE

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome

Nome (per esteso)

Codice identificazione fiscale estero (*)

Codice fiscale italiano

(campo obbligatorio)

Località di nascita Stato estero.....

Data di nascita

Località di residenza Stato estero.....

Indirizzo.....

.....

Cittadinanza

Domicilio in Italia

(campo obbligatorio)

Località in cui è svolta l'attività

Per i cittadini di paesi non appartenenti alla Comunità Europea (che soggiornano in Italia per più di 3 mesi) allegare copia del permesso di soggiorno.

Specificare se esistono particolari Convenzioni Internazionali tra lo Stato estero di appartenenza e lo Stato italiano (eventuale dichiarazione viste le condizioni delle Convenzioni medesime):

.....

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.

DATA _____

FIRMA: _____

(*) se non in possesso, motivare:

.....