



MODULO INFORMATIVO PER CONTRATTO GRATUITO

DIPARTIMENTO DI _____ MACROAREA DI _____ A.A. _____

CORSO DI LAUREA IN _____

Corso Ufficiale di _____

Corso Integrativo/Insegnamento di _____

al Corso Ufficiale/Corso Integrato di _____

Il sottoscritto _____, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole che le falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 28 dicembre 2000 n° 445),

DICHIARA

- di essere nato a _____ il _____

- di essere cittadino _____

- di avere Codice Fiscale n° _____ Partita IVA n° _____

- di avere residenza anagrafica in _____ Via _____

- CAP _____ telefono _____ cell. _____ e-mail _____

- di avere domicilio fiscale in _____ Via _____ CAP _____

- di possedere il seguente titolo di studio _____

- di essere dipendente della seguente struttura pubblica/privata (**solo** nel caso di struttura pubblica indicare anche l'indirizzo) _____

- di avere la seguente cassa di previdenza _____

- di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento o alla Struttura che effettua la chiamata ovvero il Rettore, il Direttore generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo

di essere titolare di assegno di ricerca presso _____ (produrre autorizzazione del committente)

di essere titolare di pensione diretta come ex dipendente Università Tor Vergata

di essere titolare di altro/i rapporto/i di collaborazione coordinata e continuativa con incarico _____ presso _____ con durata dal _____ al _____ e compenso complessivo pari a €. _____ e s'impegna a comunicare tempestivamente il variare di tale situazione al fine di consentire l'esatta determinazione del premio INAIL di competenza di ogni singolo committente ed evitare all'Ente il versamento di importi in misura inferiore e/o superiore al dovuto.

Roma li _____

FIRMA _____

Spazio riservato al Dipartimento:

Data inizio Incarico _____ Data fine Incarico _____ CFU _____ Ore _____

FIRMA DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____