

MODULO INFORMATIVO PER CONTRATTO RETRIBUITO

DIPARTIMENTO DI _____ **A.A.** _____

CORSO DI LAUREA IN _____

1) Corso Integrativo/Insegnamento di _____

al Corso Ufficiale/Corso integrato di _____

2) Corso Ufficiale 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° _____ di avere Partita IVA n° _____
- (solo per detentori IVA) : con regime fiscale _____ e cassa di previdenza _____
- di avere residenza anagrafica in _____ Via _____
CAP _____ Telefono _____ Cell. _____ e-mail _____
- di avere domicilio fiscale in _____ Via _____ CAP _____
- di essere dipendente della seguente struttura Pubblica/Privata (**solo nel caso di struttura pubblica indicare anche l'indirizzo**) _____
- di essere dipendente in qualità di personale TAB presso l'Università _____
- 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 frequentare il corso di dottorato di ricerca presso _____ (produrre autorizzazione del committente) *
- * per i dottorandi, ai sensi del relativo regolamento, è previsto il conferimento esclusivamente a titolo gratuito.
- di avvalersi della convenzione internazionale contro le doppie imposizioni stipulata tra l'Italia e _____ e, a tal fine allega la dichiarazione dell'Autorità fiscale del predetto Stato attestante lo stato di contribuente del medesimo Stato.
- di non avvalersi della convenzione internazionale contro le doppie imposizioni stipulata tra l'Italia e _____.

Solo per i cittadini di nazionalità extra-europea

Il sottoscritto è inoltre consapevole della obbligatorietà del Visto di ingresso in Italia per lavoro autonomo ai fini della firma del contratto di lavoro e si impegna a provvedere alla richiesta per l'ottenimento dello stesso.

Roma li _____

FIRMA _____

Spazio riservato al Dipartimento:

Data inizio Incarico _____ Data fine Incarico _____ Ore _____ Cfu _____

Corrispettivo *lordo (minimo €25/ora max € 100/ora)/***totale spesa** (minimo € 34,25/ora max € 137,00/ora) (1) € _____

* cancellare la parte che non interessa - - (1) D.M. 21.7.2011

FIRMA DEL DIRETTORE _____

PRENOTAZIONE n. _____