



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

DIREZIONE PERSONALE

Area Trattamenti Economici

Gestione Economica Personale Non Strutturato

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o di atto di notorietà a norma del DPR 445/2000

Il modulo deve essere debitamente compilato nelle parti che interessano.

Substitute declaration of certification and/or notary act, in accordance with Presidential Decree 445/2000

The applicable parts of the form must be filled in.

Please do not omit information necessary for the correct management of your position

da compilarsi a cura dei soggetti esterni titolare di*:

to be completed by external parties who are holders of*:

- Borsa di studio per dottorato di ricerca post-laurea di cui alla Legge 3/7/1998 n. 210 art. 4 e Decreto Miur 30/04/1999 n. 224;
- PhD Scholarships as indicated in Article 4 of Law n° 210 dated 3/7/1998 and MIUR Decree n° 224 of 30/04/1999;
- Assegno di ricerca art.51, sesto comma, Legge 449/1997
- Research grants in accordance with Article 51, paragraph six, Law 449/1997.

Il sottoscritto _____

Codice _____

Fiscale _____

Nato a _____ (Prov.) _____ il _____

Residente a _____ (Prov.) _____ Cap _____ Via _____ n.° _____

Domicilio Fiscale (se diverso): _____

Recapito per eventuali comunicazioni (tel; fax; e-mail) _____

The undersigned _____

Fiscal Code _____

Born in _____ (Town.) _____ On (date of birth) _____

Resident in _____ (Town.) _____ Postcode _____ Address _____ n.° _____

Fiscal Domicili (if different): _____

Address for any communication (address, telephone, telefax or e-mail address): _____

* Barrare la casella che interessa.

* Pick as appropriate.

For social security contribution purposes, the undersigned hereby

Ai fini della copertura previdenziale

**DICHIARA
DECLARES**

A) che ha **provveduto/provederà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) all'iscrizione alla gestione separata presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96.

Firma _____

A) that he/she has provided for/will provide for (cross out the choice that does not apply) registration at the competent NPS office, in accordance with Article 4, Legislative Decree n° 166/96.

Signature _____

B) di essere **lavoratore con altra forma pensionistica obbligatoria** c/o la cassa previdenziale _____, quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 17%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____

B) is a retired worker (direct or indirect) or worker with another form of obligatory pension c/o the social security administration of _____ and is therefore subject to management of a 17% contribution. In the event of variations in his/her position, the interested party hereby promises to communicate said variations to the administration in order to provide for correct management of contributions.

Signature _____

C) di essere **titolare di pensione (diretta o indiretta)** c/o la cassa previdenziale _____ quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 17%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____

C) that he/she has retired and is subject to obligatory social security coverage and/or indirect or transferable pension treatment and is therefore subject to management of a 17% contribution. In the event of variations in his/her position, the interested party hereby promises to communicate said variations to the administration in order to provide for correct management of contributions

Signature _____

D) di **non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità** e quindi, soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 24,72%**.

Firma _____

D) that he/she is not subject to obligatory social security coverage and/or indirect or transferable pension treatment and is therefore subject to management of a 24,72% contribution.

Signature _____

E) di superare il limite di reddito annuo di €. 87.187,00 e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva.

Firma _____

E) that he/she possesses an income exceeding the annual limit of € 87,187.00 and therefore invites this administration not to withhold a contribution for separate INPS management.

Signature _____

Ai fini della copertura assicurativa per la responsabilità civile, di cui all'art.8 del contratto di conferimento di Assegno per la collaborazione ad attività di ricerca stipulato con l'Università degli Studi di Verona, si rende noto che il premio assicurativo che verrà trattenuto dalla prima competenza mensile è di € 1,20.

For the purpose of insurance coverage for civil responsibility, in accordance with Article 8 of the contract of conferral of the grant for collaboration in research activities stipulated with the University of Verona, please note that the insurance premium of € 1.20 will be withheld from the first monthly cheque.

CHIEDE

che il pagamento delle somme dovute venga corrisposto secondo le seguenti modalità di pagamento:

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatori 27 caratteri alfanumerici)					
Codice Paese	Cin Eur (2 caratteri numerici)	Cin (1 carattere alfabetico)	ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	C/C (12 caratteri alfanumerici)

BANCA _____ CITTA' _____

AGENZIA _____ O _____ FILIALE _____
DI _____

RISCOSSIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO DI UNA QUALUNQUE FILIALE UNICREDIT

Il/La scrivente conferma che, ai fini fiscali e previdenziali, la propria posizione si identifica nelle fattispecie sottoscritte dal medesimo/a e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Università degli Studi di Verona da qualsiasi responsabilità in merito.

Ai sensi della D.lgs. del 30/06/2003 n.196 il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei propri dati per l'esecuzione delle operazioni connesse con l'espletamento della pratica contrattuale in premessa, nonché per finalità statistiche.

_____, li _____ Firma _____

HEREBY REQUESTS

that payment of the amounts due be made according to the following means of payment:

<input type="checkbox"/> BANK TRANSFER TO CURRENT ACCOUNT					
IBAN CODE (It is obligatory to indicate 27 characters/digits)					
Country Code	Cin Eur (2 digits)	Cin (1 character)	ABI (5 digits)	CAB (5 digits)	C/C (12 characters/digits)
BANK _____			CITY _____		
BRANCH OR AGENCY _____					
<input type="checkbox"/> DIRECT COLLECTION AT THE TELLER'S WINDOW OF ANY UNICREDIT BRANCH.					

The undersigned confirms that for fiscal and social security purposes, his/her position is as indicated in these documents. The undersigned hereby promises to respect the relative dispositions and to communicate in a timely manner any variations, exonerating the University of Verona from any responsibility in this connection.

In accordance with Legislative Decree 196 of 30/6/2003, the undersigned consents to treatment of his/her personal data for performance of the operations connected with processing of the contract indicated in the premise and for statistical purposes.

_____, _____, _____
(Place) (Date) (Signature)