



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA
FORMAZIONE E DOTTORATO

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a norma del DPR n. 445/2000

DOCENTI E RICERCATORI DI RUOLO PRESSO ALTRO ATENEO

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Residente a _____ (prov. _____)

Via _____ n. _____ Cap _____ dalla

data del _____ (data da indicare solo se la residenza è variata negli ultimi 12 mesi)

Ai sensi dell'art. 58 del DPR 600/1973 le persone fisiche residenti nel territorio dello Stato hanno il domicilio fiscale nel comune nella cui anagrafe sono iscritte.

Domicilio fiscale (da compilare solo se diverso dalla residenza):

Comune _____ Via _____ n. _____ Cap _____

Telefono/Cell _____ Tel. Ufficio _____

E-mail ufficio _____ (E-mail presso l'Ateneo di appartenenza)

Posta Elettronica Certificata (PEC) dell'Ateneo di Appartenenza: _____

E-mail istituzionale: _____@unibo.it

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente la variazione della propria residenza/domicilio fiscale per la corretta applicazione delle disposizioni fiscali previste dalla legge.

DICHIARA

1) di essere in servizio presso l'Ateneo di _____

Settore Scientifico Disciplinare _____ in qualità di:



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA
FORMAZIONE E DOTTORATO

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ prof. associato confermato | ☐ prof. ordinario confermato | ☐ ricercatore a tempo indeterminato confermato |
| ☐ prof. associato non confermato | ☐ prof. straordinario | ☐ ricercatore a tempo indeterminato non confermato |
| ☐ prof. associato L. 240/2010 | ☐ prof. ordinario L. 240/2010 | ☐ ricerc. a tempo det. lett a) a.24 L.240/10 |
| | ☐ ricerc. a tempo det. in <i>Tenure Track</i> (RTT) | ☐ ricerc. a tempo det. lett b) a.24 L.240/10 |

con regime di impegno orario: |_| tempo pieno |_| tempo definito

2) di essere consapevole che l'effettivo affidamento dell'incarico è condizionato alla verifica del carico didattico istituzionale dei professori e ricercatori a tempo determinato dell'Ateneo che prenderanno servizio a seguito dell'espletamento di procedure di reclutamento definite prima dell'inizio dell'attività formativa oggetto della selezione.

3) di essere consapevole che non si procederà all'affidamento dell'incarico nel caso in cui l'attività formativa oggetto della presente selezione non sia inserita da nessun studente nel piano di studi.

DICHIARA inoltre

|_| di avere inviato all'Amministrazione di appartenenza (art. 9 Legge 311/58 – art. 53 D. Lgs. 165/2001) la richiesta di autorizzazione per l'incarico di insegnamento presso il Dipartimento di

_____ per l'A.A. ____/____

oppure:

|_| di avere ottenuto l'autorizzazione dall'Amministrazione di appartenenza allo svolgimento dell'incarico di

_____ presso il Dipartimento di

nell'A.A. ____/____, ai sensi dell'art. 9 della Legge 311/58 e dell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001

CHIEDE

l'applicazione dell'aliquota Irpef nella misura del _____% (*aliquote vigenti: 23%, 35%, 43%*).

CHIEDE ALTRESI'

che tutti gli emolumenti erogati dall'Università di Bologna vengano accreditati in via continuativa sul Conto Corrente indicato di seguito a me |_| intestato |_| cointestato (*barrare la casella di interesse*)

Banca/Ente Postale



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA
FORMAZIONE E DOTTORATO

Agenzia

Indirizzo C.A.P.

Coordinate bancarie: **IBAN***

CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

* ventisette caratteri numerici o alfabetic, senza barre o virgole, come riportato sull'estratto conto. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso cui è intrattenuto il conto.

DATA

FIRMA

Si allega fotocopia di un documento d'identità valido

Per ottenere maggiori informazioni inerenti il trattamento dei propri dati personali e/o esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, consulti la pagina al seguente link: <https://www.unibo.it/it/ateneo/privacy-e-note-legali/privacy/trattamento-dei-dati-personali>

Il cedolino relativo al pagamento è disponibile, a partire dal mese di erogazione, al seguente link [Cedolini \(unibo.it\)](#) al quale si accede tramite SPID o CIE.

Numeri e recapiti utili:

Ufficio Contratti di Insegnamento e Tutorato
aform.profacontratto@unibo.it

Ufficio Stipendi personale docente, ricercatore e collaboratore linguistico
arag.stipdoc@unibo.it

tel. 0512099366