



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA DEL PERSONALE

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 Casa/Cell _____ Tel. Ufficio _____

Email ufficio _____ (Email presso l'Ateneo di appartenenza)

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

Email 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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> prof. associato confermato | <input type="checkbox"/> prof. ordinario confermato | <input type="checkbox"/> ricercatore a tempo indeterminato confermato |
| <input type="checkbox"/> prof. associato non confermato | <input type="checkbox"/> prof. straordinario | <input type="checkbox"/> ricercatore a tempo indeterminato non confer. |
| <input type="checkbox"/> prof. associato L. 240/2010 | <input type="checkbox"/> prof. ordinario L. 240/2010 | <input type="checkbox"/> ricerc. a tempo det. lett a) a.24 L.240/10 |
| | | <input type="checkbox"/> 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 sarà comunque condizionato alla verifica del carico didattico istituzionale del personale docente dell'Ateneo che prenderà servizio a seguito dell'espletamento delle procedure valutative di cui all'art. 24 co. 5 e 6 della L. 240/2010 o delle procedure concorsuali di cui agli artt.18 e 24 della L. 240/2010 o chiamate dirette ai sensi dell'art. 1 co. 9 L. 230/2005, che si concluderanno prima dell'inizio dell'attività formativa oggetto della presente selezione.

DICHIARA inoltre

di avere inoltrato 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. 2023/24

oppure:

di avere ottenuto l'autorizzazione dall'Amministrazione di appartenenza allo svolgimento dell'incarico di _____ presso il Dipartimento di _____ nell'A.A. 2023/24, 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%, 25%, 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

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 il Portale d'Ateneo alla pagina www.unibo.it/privacy.

Numeri e recapiti utili:

Ufficio Didattica e Contratti di Insegnamento

apos.profacontratto@unibo.it

tel. 051 2099617

Ufficio Stipendi personale docente, ricercatore e collaboratore linguistico

arag.stipdoc@unibo.it

tel. 0512099366