



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

DOCENTI E RICERCATORI DI RUOLO PRESSO ALTRO ATENEO

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ (prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Residente in _____ (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:



prof. associato confermato	prof. ordinario confermato	ricercatore a tempo indeterminato confermato
prof. associato non confermato	prof. straordinario	ricercatore a tempo indeterminato non confer.
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. 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 comma 2 della L. 240/2010 o chiamate dirette ai sensi dell'art.1 co 9 L.4/11/2005 n.230, 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. 2022/23

oppure:

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

di _____ presso il

Dipartimento di _____ nell'A.A.2020/21, 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 alfabetici, 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

Il sottoscritto, letta l'informativa allegata, autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003

Data

Firma



INFORMATIVA A TUTELA DELLA PRIVACY (art.13 del D. Lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando, altresì, la Sua riservatezza e i suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del predetto Decreto, Le forniamo, quindi, le seguenti informazioni:

- I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: conferimento di un affidamento didattico;
- Il trattamento sarà effettuato con modalità prevalentemente informatizzate;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio;
- I dati potranno essere comunicati, in forza delle finalità prima descritte, esclusivamente agli Uffici interessati per l'espletamento dell'incarico;

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003, più in particolare Lei ha il diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare e dei Responsabili; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante, Responsabili o Incaricati.

Il Titolare del trattamento è: Il Rettore dell'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
Il Responsabile del Trattamento è il Dirigente dell'Area del Personale Dott.ssa Alice Corradi

Numeri e recapiti utili:

Ufficio Didattica e Contratti di Insegnamento

apos.profacontratto@unibo.it tel.

051 2082052

Ufficio Stipendi personale docente, ricercatore e collaboratore linguistico tel.

05120859 - 0512099366