

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____

(barrare l'opzione corretta)

- dottorando di ricerca
 assegnista di ricerca

consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs 196/2003

DICHIARA

che la borsa di dottorato è finanziata con risorse esterne tramite convenzione con ente terzo che prevede la possibilità di cessione dei risultati e di diritti di proprietà industriale;
N.B. Per eventuali chiarimenti in merito alla natura della propria borsa di dottorato, scrivere a udottricerca@unibo.it.

Oppure

- che l'assegno di ricerca è finanziato con risorse esterne tramite convenzione con ente terzo che prevede la possibilità di cessione dei risultati e di diritti di proprietà industriale;
N.B. Per eventuali chiarimenti in merito alla natura del proprio assegno di ricerca, contattare la Segreteria Amministrativa del Dipartimento a cui si presenta domanda.
- di richiedere la borsa Marco Polo per svolgere un soggiorno presso un'università o un centro di ricerca pubblico e privato (ivi compresi sezioni e centri di ricerca e sviluppo presso imprese) situato in paesi esteri;
- di recarsi presso l'ente estero per effettuare un'attività di ricerca non necessariamente e direttamente finalizzata al progetto di ricerca in corso di svolgimento.

In fede

Luogo e data _____

Il Dichiarante
(Firma autografa)



(INSERIRE TUTTI I DATI RICHIESTI IN STAMPATELLO MAIUSCOLO)

PROGRAMMA MARCO POLO

Dichiarazione sostitutiva a norma del DPR 28 dicembre 2000 n.445

Il sottoscritto (cognome) (nome)

DICHIARA DI RICOPRIRE LA SEGUENTE QUALIFICA (barrare la qualifica corrispondente):

Ricercatore non confermato	Ricercatore a tempo determinato	Titolare di assegno di ricerca	Dottorando di ricerca con/senza borsa di studio
-------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---

- a) di essere nato a (prov.) il
- b) che il proprio codice fiscale è
- c) di avere il domicilio fiscale nel Comune di (prov.)
- d) c.a.p. Via/Piazza n.
- e) telefono fax cellulare:
- email

DICHIARA CHE IL DIPARTIMENTO DI AFFERENZA DEL DOCENTE DI RIFERIMENTO È:

E CHIEDE CHE IL PAGAMENTO VENGA EFFETTUATO SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ:

<input type="checkbox"/> VERS. C/C N°	CIN	ABI	CAB
obbligatorio indicare 12 caratteri per il N. di C/C, 1 carattere per il CIN, 5 caratteri per l'ABI e 5 caratteri per il CAB			
Codice IBAN			
BANCA	CITTA'	AGENZIA N°	
<input type="checkbox"/> BANCOPOSTA N°	CIN	ABI	CAB
obbligatorio indicare 12 caratteri per il N. di C/C, 1 carattere per il CIN, 5 caratteri per l'ABI e 5 caratteri per il CAB			
Codice IBAN			
POSTE ITALIANE S.P.A. - CITTA'		AGENZIA N°	

Destinazione (città e Stato)

Data di partenza Data di rientro

N.B. Le borse di studio erogate ad assegnisti di ricerca e dottorandi sono pagate in rate mensili posticipate.

Il contributo erogato a ricercatori non confermati e a ricercatori a tempo determinato è reso disponibile al beneficiario al rientro dal periodo svolto, previa approvazione della relazione da parte del Consiglio del Dipartimento.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali in cui incorre colui che fornisce dichiarazioni mendaci (Art.76 DPR 445/2000)

FIRMA DELL'INTERESSATO

....., li
