

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE CHE DOCUMENTINO LA SITUAZIONE ANAGRAFICA, FISCALE E PREVIDENZIALE DEL DICHIARANTE E CHE INDICHINO LE MODALITÀ DI PAGAMENTO (ALLEGATO B)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ codice fiscale _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

Residenza e/o domicilio fiscale

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

Recapito (se diverso dall'indirizzo sopra indicato)

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

dichiara, sotto la propria responsabilità

- di non trovarsi in nessuna delle condizioni per le quali è prevista incompatibilità (essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato) o divieto di cumulo (altre borse di studio a qualsiasi titolo conferite)
- di essere:

<input type="checkbox"/> dipendente pubblico <input type="checkbox"/> dipendente privato <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> a tempo determinato dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> attività svolta _____
E di essere stato/a collocato/a in aspettativa dal _____ al _____ come risulta da dichiarazione del datore di lavoro in allegato.	

Il/La sottoscritto/a chiede che il pagamento della borsa venga effettuato mediante:

<input type="checkbox"/> Versamento su c/c bancario/bancoposta/Carta prepagata con le seguenti coordinate IBAN (27 caratteri numerici o alfabetic, senza barre o virgole, come da esempio a lato)	<table border="1"> <tr> <td>ABI</td> <td>CAB</td> <td>Numero conto corrente</td> </tr> <tr> <td>IT 96 W 05856</td> <td>11601</td> <td>050570111111</td> </tr> </table>	ABI	CAB	Numero conto corrente	IT 96 W 05856	11601	050570111111
ABI	CAB	Numero conto corrente					
IT 96 W 05856	11601	050570111111					
AVVERTENZA: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante							
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE		
AVVERTENZA: i titolari di c/c europei ed extra-europei devono indicare anche:							
Codice BIC/SWIFT		Codice ABA/ROUTING NUMBER					

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e di quanto previsto dall'art.75 del D.P.R. 445/2000,

Si impegna

- a comunicare tempestivamente all'Università ogni eventuale variazione dei dati dichiarati attraverso una nuova compilazione del presente allegato;
- a risarcire l'Università nei casi in cui questa incorra in responsabilità per gli atti emanati, quando l'emanazione sia conseguenza di false dichiarazioni o di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità ai sensi dell'art. 73 del DPR 445/2000.
- a comunicare eventuale rinuncia alla borsa con apposita comunicazione scritta da indirizzarsi al Direttore della Struttura nel rispetto del preavviso fissato nel provvedimento di assegnazione della borsa.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare il contenuto del Regolamento per l'istituzione di borse di studio per attività di ricerca post – laurea e di aver compreso e accettato il contenuto dell'art. 9 "Obblighi e Diritti del Borsista" nonché di essere consapevole e di accettare che la prima rata della borsa venga decurtata dell'importo della polizza infortuni di 1,04€.

Data	Firma
------	-------

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati per le finalità connesse all'erogazione della borsa di ricerca, nonché per gli adempimenti di legge ad essa connessi, dall'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna. Per maggiori informazioni, www.unibo.it/privacy