**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 o divieto di cumulo ai sensi dell’art. 10. del “Regolamento per l’istituzione di borse di studio per attività di ricerca post – laurea”;
* di essere:

|  |  |
| --- | --- |
| □ dipendente pubblico  □ dipendente privato  □ lavoratore autonomo | □ a tempo determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ a tempo indeterminato  □ 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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Versamento su c/c bancario/bancoposta/Carta prepagata con le seguenti coordinate **IBAN** *(27 caratteri numerici o alfabetici, senza barre o virgole, come da esempio a lato)* | | | | | | | | | | | | | iban | | | | | | | | | | | | | | |
| **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