



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA  
FORMAZIONE E DOTTORATO

**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/Cell \_\_\_\_\_ Tel. Ufficio \_\_\_\_\_

E-mail ufficio \_\_\_\_\_ (E-mail presso l'Ateneo di appartenenza)

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

E-mail 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:



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA  
FORMAZIONE E DOTTORATO

- |                                                         |                                                                            |                                                                           |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <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 confermato |
| <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. in <i>Tenure Track</i> (RTT) | <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 è condizionato alla verifica del carico didattico istituzionale dei professori e ricercatori a tempo determinato dell'Ateneo che prenderanno servizio a seguito dell'espletamento di procedure di reclutamento definite prima dell'inizio dell'attività formativa oggetto della selezione.

3) di essere consapevole che non si procederà all'affidamento dell'incarico nel caso in cui l'attività formativa oggetto della presente selezione non sia inserita da nessun studente nel piano di studi.

#### DICHIARA inoltre

|\_| di avere inviato 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. \_\_\_\_/\_\_\_\_

#### oppure:

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

\_\_\_\_\_ presso il Dipartimento di

\_\_\_\_\_

nell'A.A. \_\_\_\_/\_\_\_\_, 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%, 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 .....



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

AREA  
FORMAZIONE E DOTTORATO

Agenzia .....

Indirizzo ..... C.A.P. ....

Coordinate bancarie: **IBAN\***

| CODICE<br>PAESE | CIN<br>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 la pagina al seguente link: <https://www.unibo.it/it/ateneo/privacy-e-note-legali/privacy/trattamento-dei-dati-personali>

Il cedolino relativo al pagamento è disponibile, a partire dal mese di erogazione, al seguente link [Cedolini \(unibo.it\)](#) al quale si accede tramite SPID o CIE.

Numeri e recapiti utili:

**Ufficio Contratti di Insegnamento e Tutorato**  
[aform.profacontratto@unibo.it](mailto:aform.profacontratto@unibo.it)

**Ufficio Stipendi personale docente, ricercatore e collaboratore linguistico**  
[arag.stipdoc@unibo.it](mailto:arag.stipdoc@unibo.it)

tel. 0512099366