

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI ROMA TRE**  
**SCHEDA INFORMATIVA ASSEGNO DI RICERCA**

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Decreto di nomina Rep. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

La presente scheda informativa si intende allegata e riferita unicamente al contratto specificato.

**COMPILARE IN STAMPATELLO**

**Dati anagrafici del soggetto contraente**

**IMPORTANTE ALLEGARE FOTOCOPIA DEL :**

- 1 - documento di identità valido o  
 passaporto e visto se prescritto;  
 2 - codice fiscale italiano**  
**Le schede incomplete o illegibili saranno respinte.**

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

(rilasciato dagli Uffici dell'Agenzia delle Entrate in Italia o per i non residenti dalle autorità diplomatiche/consolari italiane nel Paese di residenza)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Stato nascita \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

**Residenza**

Indirizzo \_\_\_\_\_ N.civico \_\_\_\_\_  
(indicare Via/L.go/V.le/P.zza/ecc.)

Località \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
(CAP generico es. 00100 Roma non valido)

Regione \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Rec.tel. \_\_\_\_\_ Rec.cellulare \_\_\_\_\_

E-Mail privata \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

E-Mail Roma Tre \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(indicare l'indirizzo di posta elettronica d'Ateneo se assegnato e/o mail privata, al quale verranno inviate tutte le comunicazioni/certificazioni - anche quelle inerenti i compensi - e consultabili tramite le credenziali di Login: Nome utente/password rilasciate da Roma Tre)

**Domicilio fiscale\* (se diverso dalla Residenza)**

\* La nozione di residenza fiscale non coincide completamente con quella di domicilio fiscale. Quest'ultima è rilevante al fine di stabilire la competenza territoriale degli uffici finanziari. Per le persone fisiche residenti in Italia il domicilio fiscale coincide normalmente con il comune nella cui anagrafe sono iscritte. Tuttavia, l'Amministrazione Finanziaria per esigenze di controllo può stabilire il domicilio fiscale del contribuente nel comune ove viene svolta in modo continuativo l'attività.

Indirizzo \_\_\_\_\_ N.civico \_\_\_\_\_  
(indicare Via/L.go/V.le/P.zza/ecc.)

Località \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
(CAP generico es. 00100 Roma non valido)

Regione \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

**N.B.** Si ricorda che le variazioni della residenza e del domicilio fiscale devono essere comunicate tempestivamente ed hanno effetto dal sessantunesimo giorno successivo a quello in cui si sono verificate.

**P.S. Non è, inoltre, valido l'indirizzo presso il cui numero civico/cassetta postale non è indicato il proprio nominativo.**

**Stato civile**

Celibe/Nubile     Coniugato/a     Vedovo/a     Separato/a     Divorziato/a

Note: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

da compilare a cura della Struttura conferente

Dati Anagrafici (compilazione obbligatoria)

**Applicazione del Contributo Previdenziale INPS Legge 335/1995, art. 2, comma 26 e successive modificazioni.**

In merito alla propria posizione previdenziale, il/la sottoscritto/a **DICHIARA:**

di **ESSERE** iscritto/a alla GESTIONE SEPARATA INPS per Lavoratori Parasubordinati;

di **NON** essere iscritto/a alla GESTIONE SEPARATA INPS per Lavoratori Parasubordinati;

In tal caso, si impegna personalmente all'apertura della posizione previdenziale INPS GESTIONE SEPARATA per Lavoratori Parasubordinati, sulla quale verranno versati i contributi previsti per la prestazione oggetto dell'incarico.

**inoltre, ai fini dell'applicazione delle aliquote contributive previdenziali INPS G.S. su tale incarico, nella misura percentuale vigente nell'anno, come ai sensi di Legge e successive modifiche stabilite, secondo la situazione di seguito dichiarata:**

di essere titolare di altra copertura previdenziale in qualità di lavoratore :

(in tal caso indicare i dati dell'Ente/Società per il/la quale si lavora)

Dipendente presso Ente pubblico

Dipendente presso Società/Ente privato

Denominazione Ente/Società \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

se lavoratore dipendente a tempo determinato indicare inoltre il periodo dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Reddito annuo \_\_\_\_\_

di essere iscritto al seguente ente/cassa professionale al/alla quale versa i contributi previdenziali

(in tal caso indicare l'Ente/Cassa di appartenenza diversa della Gestione Separata INPS, se compatibile con quest'ultima);

Ente/Cassa \_\_\_\_\_

di essere in data odierna titolare di pensione

(in tal caso indicare l'Ente/Cassa previdenziale erogatore/erogatrice);

Ente/Cassa pensionistica \_\_\_\_\_

titolare di pensione indiretta (pensione che viene liquidata ai superstiti della persona deceduta)

titolare di pensione diretta

Al fine di permettere una corretta determinazione del contributo previdenziale dovuto, inoltre il sottoscritto/la sottoscritta **DICHIARA:**

di essere un lavoratore autonomo **NON** iscritto alla cassa previdenziale del proprio ordine professionale;

di aver superato nell'anno in corso il massimale INPS G.S. stabilito annualmente dall'Ente previdenziale (es. euro 100.324,00 per l'anno 2015).

L'iscrizione alla Gestione Separata INPS dei lavoratori parasubordinati è effettuata dal titolare di borsa di studio attraverso il servizio telematico accessibile al cittadino sul sito: [www.inps.it](http://www.inps.it) - servizi on-line, dopo essersi munito di codice PIN ril

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza di eventuali incompatibilità** di altre attività e/o borse di studio nel periodo di svolgimento della collaborazione alla ricerca, ai sensi del Regolamento d'Ateneo in materia, e di richiedere al proprio Dipartimento di afferenza le autorizzazioni/nulla osta, se dovute, per eventuali attività coincidenti con l'assegno. Il Dipartimento provvederà ad inviare agli Uffici interessati comunicazione di autorizzazione all'assunzione oppure al mantenimento di altri incarichi, oltre l'assegno di ricerca e, nei casi di riscontro di incompatibilità e/o mancato rispetto di quanto previsto nel Regolamento, l'eventuale sospensione dello stesso assegno di ricerca.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Posizione previdenziale ai fini dell'applicazione del contributo previdenziale INPS Gestione Separata (compilazione obbligatoria)

Altri incarichi coincidenti

