



**Applicazione del contributo previdenziale INPS L. 247/2007 art.1, c. 79 - aliquote contributive**

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

☐ 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 dalla Gestione Separata INPS);

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

☐ di essere in data odierna titolare di pensione  
(in tal caso indicare l'Ente/Cassa previdenziale erogatore/erogatrice);

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

☐ titolare di pensione indiretta (pensione che viene liquidata ai superstiti del dipendente deceduto)

☐ titolare di pensione diretta

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA :**

☐ di **ESSERE** iscritto alla GESTIONE SEPARATA INPS per Lavoratori Parasubordinati

☐ di **NON** essere iscritto alla GESTIONE SEPARATA INPS per Lavoratori Parasubordinati

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

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 reddito massimale INPS GS come stabilito ogni anno dall'Ente Previdenziale

L'iscrizione alla Gestione Separata INPS dei lavoratori parasubordinati è effettuata dal collaboratore attraverso il servizio telematico sul sito: [www.inps.it](http://www.inps.it) - servizi on-line accessibile al cittadino munito di codice SPID - CIE o CNS.  
Per eventuale assistenza ci si potrà comunque rivolgere ai numeri telefonici del Contact Center dell'INPS.

**Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza di eventuali incompatibilità della borsa con altre attività, e di aver fornito al Dipartimento prima della sottoscrizione del contratto per le attività di tutorato, se dovute, le autorizzazioni/nulla osta all'assunzione e/o al mantenimento di incarichi coincidenti con l'assegno di tutorato.**

\_\_\_\_\_  
(indicare la tipologia dell'incarico coincidente)

Data \* \_\_\_\_\_ Firmato\* \_\_\_\_\_

\*Dati obbligatori

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

Altri incarichi coincidenti

### Modalità pagamento (compilazione obbligatoria)

( N.B. il c/c o la carta prepagata deve essere personale o cointestato/a, ma non intestato/a a persone diverse dal beneficiario del compenso

[illegible]

## IBAN ESTERO

[illegible]

BIC/SWIFT\*

**Codice ABA/RUT\***

(\* indicare tutti 8-11 caratteri obbligatorio per i pagamenti verso l'estero con intestazione ed indirizzo della banca) (per pagamenti ExtraSepa verso USA/Altri Paesi)

Firmato\*

*\*Dati obbligatori*

Il/la sottoscritto/a, come istruito/a tramite la nota Memorandum ricevuta ed allegata alla presente scheda, dichiara di essere a conoscenza degli adempimenti a suo carico, nonché di seguire e servirsi delle procedure e servizi on-line, attivati dall'Ateneo, per acquisire informazioni e ritirare la documentazione e/o certificazioni fiscali/previdenziali previste ed inerenti il presente incarico, sollevando, pertanto, codesta Amministrazione da ogni responsabilità derivante da irreperibilità e/o mancato ritiro della suddetta documentazione da parte del/della sottoscritto/a, secondo le modalità telematiche e fornite dagli Uffici competenti dell'Ateneo.

II/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni amministrative e penali relative a dichiarazioni false e mendaci (D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445); si impegna, inoltre, a presentare tempestivamente una nuova dichiarazione aggiornata in caso di variazioni concernenti i dati riportati nella scheda sottoscritta, sollevando sin d'ora codesta Amministrazione da ogni responsabilità in merito all'applicazione di quanto dichiarato, e da eventuali oneri derivanti dalle operazioni inerenti la prestazione.

- ☐ Autorizzo l'Università degli Studi Roma Tre al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.Lgs. N. 196/2003.
- ☐ Non autorizzo l'Università degli Studi Roma Tre al trattamento dei dati personali.

**Allego i documenti richiesti .**

**Data \***

**\*Firmato**

*\*Dati obbligatori*

*Il presente documento si compone di n. tre pagine è redatto e firmato digitalmente e conforme all'originale conservato presso il Dipartimento conferente l'incarico.*