

UNIVERSITA' DEGLI STUDI ROMA TRE SCHEDA INFORMATIVA PER ASSEGNO DI TUTORATO (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)	
<p>* Struttura conferente: Dipartimento di _____</p> <p>Contratto rif.n. _____ del _____ Bando _____ A.A. _____</p>	
La presente scheda informativa si intende allegata e riferita unicamente al contratto specificato.	
COMPILARE LA SCHEDA EDITANDO DIRETTAMENTE SUL FILE PDF E SALVANDO IL MODULO	
Dati anagrafici del soggetto contraente	
Codice Fiscale _____ <small>(rilasciato dagli Uffici dell'Agenzia delle Entrate in Italia o per i non residenti dalle autorità diplomatiche/consolari italiane nel Paese di residenza)</small>	
IMPORTANTE ALLEGARE FOTOCOPIA DEL : 1 - documento di identità valido (no patente guida) o passaporto e visto se prescritto; 2 - codice fiscale italiano Le schede incomplete saranno respinte.	
Cognome _____ Nome _____	
Luogo nascita _____ Prov. _____	
Stato nascita _____	
Data nascita _____ / _____ / _____ Cittadinanza _____	
Residenza	
Indirizzo _____ N.civico _____ <small>(indicare per esteso Via/L.go/V.le/P.zza/etc. ed indirizzo)</small>	
Località _____ Cap _____ Prov. _____ <small>(CAP generico es. 00100 Roma non valido)</small>	
Regione _____ Nazione _____	
Rec.tel. _____ Rec.cellulare _____	
*E-Mail Istituzionale _____ @ _____	
*E-Mail privata _____ @ _____	
Posta Certificata/PEC _____ @ _____ <small>(indicare l'e-mail sempre attiva e disponibile alla ricezione delle comunicazioni che verranno inviate dall'Ateneo)</small>	
Domicilio fiscale* (se diverso dalla Residenza)	
<small>* 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. In particolari circostanze, l'Amministrazione finanziaria può consentire, al contribuente che ne faccia motivata istanza, che il suo domicilio fiscale sia stabilito in un Comune diverso da quello di residenza.</small>	
Indirizzo _____ N.civico _____ <small>(indicare per esteso Via/L.go/V.le/P.zza/etc. ed indirizzo)</small>	
Località _____ Cap _____ Prov. _____ <small>(CAP generico es. 00100 Roma non valido)</small>	
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 n.civico/cassetta postale non è indicato il proprio nominativo.	
Stato civile	
<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a	
Note: _____	
* Data _____ Firmato* _____	
<small>*Dati obbligatori</small>	

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 ongi 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 - 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



Cassa/Sportello (riscossione in contanti presso lo sportello dell'Istituto bancario indicato nel cedolino di pagamento che sarà consultabile on-line nei documenti personali)

(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)

**Accredito su carta prepagata**

(La carta/conto corrente deve essere del tipo predisposto a ricevere gli accrediti a mezzo bonifici ovvero dotata di IBAN da riportare nella sezione coordinate; verificare l'eventuale presenza di una soglia limite alla giacenza, che potrebbe influire sull'esito dell'accredito)

**Accredito bancario**

*presso il seguente Istituto bancario (riportare i dati completi richiesti)

Indirizzo

(indicare Via/L.go/V.le/P.zza/etc.)

N.civico

Località

Prov./Stato

Coordinate Bancarie IBAN

Id.Nazione (es. IT)	N. CIN Europeo o COD	CIN lettera	ABI	CAB	Conto Corrente

(indicare nelle caselle tutti i 27 caratteri alfanumerici, non sono ammessi segni, simboli e/o spazi in bianco)

IBAN ESTERO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC/SWIFT*

(* 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.

Il/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.