



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DATI ANAGRAFICI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Sesso
RISSO	DAVIDE	M

Data di nascita	Comune di nascita	Prov.
3/1/1983	GENOVA	GE

Codice Fiscale
R S S D V D 8 3 A O 3 D 9 6 9 F

Domicilio Fiscale al 01/01/2023

Via	N.	Comune	Prov.	Cap
C. NORO	13	PADOVA	PD	35141

Residenza e/o Domicilio fiscale successiva all'1/1/2023 (se diverso dal precedente)

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

E-mail*	Telefono	Cellulare
davide.risso@unibo.it	049/8274153	

*Le comunicazioni relative ai pagamenti verranno inviate di norma agli indirizzi: @unibo.it; @studio.unibo.it

Chiede che il pagamento del compenso venga effettuato mediante:

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

ABI CAB Numero conto corrente
IT 96 W 05856 11601 050570111111

AVVERTENZA: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante

CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
IT	7800301503200000002678238				

AVVERTENZA: i titolari di c/c europei ed extra-europei devono indicare anche:

Codice BIC/SWIFT	Codice ABA/ROUTING NUMBER

Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.

Data	Firma
7/12/2023	

Importante: allegare sempre, alla presente dichiarazione sostitutiva, la copia di un documento di identità in corso di validità.



Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Dichiarazione Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza

L'Ateneo di Bologna, sulla base delle disposizioni contenute nell'art. 53, comma 14 del D.lgs. 165/2001 e nell'art. 15 comma 1 lett. c) del D.lgs. 33/2013 così come modificato dal D.lgs. 97/2016 è tenuto a pubblicare e ad aggiornare l'attestazione dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali.

Pertanto, chiediamo di compilare quanto di seguito riportato. Grazie per la collaborazione.

Il/La sottoscritto/a

DAVIDE RISSO

(nome e cognome)

nato/a a GENOVA prov. GE il 3/1/1983

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

dichiara

- ☒ l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;
- ☒ di non svolgere incarichi e né di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali;
- ☐ di svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e/o lo svolgimento di attività professionali. In tal caso specificare nell'apposita tabella di seguito riportata:

Cariche/incarichi/attività professionali	Ente/società	Data inizio	di	Data fine	di

Luogo e data

BOLOGNA, 7/12/2023

Firma

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Il/La sottoscritto/a RISSO DAVIDE
nato/a a GENOVA
il 3/1/1983..., codice fiscale RSSDVD83A03D969F

DICHIARA

di NON detrarre/dedurre in sede di dichiarazione dei redditi le somme relative alle spese
rimborsate per l'espletamento dell'incarico di
del/...../....., prot. n.

BOLOGNA... il 7/12/23.

Daide Riso
(firma leggibile)