

Al Dirigente
dell'Area di Campus di Rimini

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ indirizzo _____

Codice Fiscale _____ P.IVA (se titolare) _____

Iscrizione: albo professionale previdenza _____ altra cassa

Dipendente pubblico: si no Ente di appartenenza _____

In possesso di laurea: triennale magistrale specialistica ciclo unico vecchio
ordinamento

Anno di laurea _____

e-mail _____ Telefono _____

visto il bando relativo deliberato dal Consiglio di Campus

CHIEDE

Ai sensi del Decreto Rettorale n. 418 del 20 aprile 2011, PER L'A.A. 2016/17

presso il Campus di Rimini – Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia

di essere ammesso a partecipare alla selezione per il conferimento del contratto del tutorato di ore _____

dell'insegnamento di
Scienze Tecniche dell'Imaging radiologico I e II

Dichiara di essere a conoscenza che il conferimento del contratto è subordinato ai pareri e alle autorizzazioni dei competenti organi accademici.

La domanda è corredata dalla seguente documentazione:

- 1) curriculum delle attività didattiche e scientifiche
- 2) elenco titoli e pubblicazioni*
- 3) modulo relativo ai dati anagrafici, fiscali e previdenziali (scaricabile dal portale d'Ateneo)
- 4) dichiarazione di possesso dei requisiti previsti per la stipula del contratto (scaricabile dal portale d'Ateneo)

Bologna, ____/____/____

In fede

*Copia delle pubblicazioni potrà essere richiesta successivamente

N.B.: Ai sensi dell'art.39 del DPR 28 dicembre 2000 – n°445, non è richiesta l'autenticazione della sottoscrizione della domanda.



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI, FISCALI E PREVIDENZIALI

(da presentare da parte di coloro che svolgono incarichi di insegnamento, moduli didattici, qualificazione e specializzazione e tutorato)

SEZIONE 1 DATI ANAGRAFICI E MODALITA' DI PAGAMENTO a.a. 2016_2017

Nuova Dichiarazione Rettifica Dichiarazione

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara quanto segue:

A.1	Cognome	Per le donne indicare il cognome da nubile							
A.2	Nome								
A.3	Sesso	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	barrare la relativa casella					
A.4	Luogo di nascita	Comune (o Stato Estero) di nascita	Provincia (sigla)						
A.5	Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa)					
A.6	Codice fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	obbligatorio					
A.7	Residenza e/o Domicilio Fiscale	Comune	Provincia (sigla)	C.A.P.					
		via e numero civico							
A.8	Recapito indicare solo se diverso dalla residenza	Comune	Provincia (sigla)	C.A.P.					
		via e numero civico							
A.9		Telefono abitazione	Telefono ufficio						
		Telefono cellulare	Fax						
		Indirizzo di posta elettronica @unibo.it							
A.10	Pagamento su c/c bancario /bancoposta Carta prepagata Avvertenza: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante	27 caratteri numerici o alfabetic, senza barre o virgole, come da esempio							
		ABI CAB Numero conto corrente	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">IT</td> <td style="padding: 2px;">96</td> <td style="padding: 2px;">W</td> <td style="padding: 2px;">05856</td> <td style="padding: 2px;">11601</td> <td style="padding: 2px;">050570111111</td> </tr> </table>			IT	96	W	05856
IT	96	W	05856	11601	050570111111				
		Denominazione Banca / Agenzia							
								
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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

Codice BIC / SWIFT	Codice ABA/ROUTING NUMBER	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

S'informa che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara:
(barrare le caselle che interessano)

Di essere titolare di partita iva	€ SI	Vedi Sez.2.1
	€ NO	Vedi Sez. 2.2

Sezione 2.1

La partita iva è	€ individuale	€ studio associato
------------------	---------------	--------------------

Numero Partita IVA										
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

l'attività di docenza rientra nell'oggetto proprio dell'arte o professione e pertanto verrà emessa fattura	€ SI	
	€ NO	Vedi Sez. 2.2

€ di essere professionista iscritto ad albo e alla Cassa	A
€ Rientrante nel nuovo regime agevolato forfettario ai sensi dell'art.1, commi 111 e 113, L. 208/2015 (Legge di stabilità 2016)	A.1
€ Rientrante nel regime agevolato ai sensi dell'art.1, co. da 54 a 89, L. 190/2014 oppure ai sensi dell'art.1, co. da 96 a 117, L. 244/2007 modificato dall'art. 27, commi 1,2 L. 111/2011	A.2

€ di essere professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa Iscritto alla Gestione separata INPS legge 335/1995	B
€ Rientrante nel nuovo regime agevolato forfettario ai sensi dell'art.1, commi 111 e 113, L. 208/2015 (Legge di stabilità 2016)	B.1
€ Rientrante nel regime agevolato ai sensi dell'art.1, co. da 54 a 89, L. 190/2014 oppure ai sensi dell'art.1, co. da 96 a 117, L. 244/2007 modificato dall'art. 27, commi 1,2 L. 111/2011	B.2

Sezione 2.2

€ di essere professionista svolgente attività di collaborazione diversa dalla sua professione abituale e quindi non tenuto ad emettere fattura sul compenso, in quanto l'attività di docenza non rientra nell'oggetto proprio dell'arte o professione	C
€ collaboratore coordinato e continuativo senza vincolo di subordinazione	D
€ di essere titolare di contratto di qualificazione e specializzazione . Tale prestazione è configurabile come attività di lavoro autonomo occasionale. Al momento del pagamento l'Ufficio competente richiederà dichiarazione aggiornata del superamento o meno del limite di € 5.000,00 come reddito di lavoro autonomo occasionale.	E

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

S'informa che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara:
 (barrare le caselle che interessano. **In 3.2 – 3.5 obbligatorio esprimere una scelta**)

3.1	DI ESSERE DIPENDENTE (*)	<input type="checkbox"/>	PUBBLICO	Ente: _____			
		<input type="checkbox"/>	PRIVATO				
		<input type="checkbox"/>	A TEMPO DETERMINATO	dal/...../.....	al/...../.....
		<input type="checkbox"/>	A TEMPO INDETERMINATO	dal/...../.....		

(*) Si considerano dipendenti pubblici o privati solo coloro i quali hanno un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato (ad esempio, non sono dipendenti i borsisti, i dottorandi di ricerca, gli assegnisti, i collaboratori coordinati e continuativi e i collaboratori a progetto).

3.2	DI RICEVERE EMOLUMENTI A CARICO DELLE FINANZE PUBBLICHE A TITOLO DI:	<input type="checkbox"/>	TRATTAMENTO PENSIONISTICO			
		<input type="checkbox"/>	RETRIBUZIONE DA LAVORO DIPENDENTE			
		<input type="checkbox"/>	INCARICHI DI QUALUNQUE NATURA	dal/...../.....	al
PER UN IMPORTO TOTALE		<input type="checkbox"/>	MAGGIORE DI EURO 240.000,00			
		<input type="checkbox"/>	INFERIORE AD EURO 240.000,00			

3.3	DI ESSERE	<input type="checkbox"/>	ISCRITTO/A ALLA SEGUENTE CASSA OBBLIGATORIA PER I VERSAMENTI DEI CONTRIBUTI PREVIDENZIALI (indicare codice come da tabella indicata nelle Istruzioni paragrafo 1.8)			
.....						

3.4	DI ESSERE	<input type="checkbox"/>	TITOLARE DI PENSIONE DIRETTA A PARTIRE DAL _____			
		<input type="checkbox"/>	TITOLARE DI PENSIONE INDIRETTA o REVERSIBILITA' A PARTIRE DAL _____			

3.5	CHE NEL 2015 HA PERCEPITO/PERCEPIRA' COMPENSI ASSOGGETTATI AD INPS – GESTIONE SEPARATA L.335/95 (co.co.co; assegni di ricerca/tutorato; dottorato di ricerca)	<input type="checkbox"/>	NON SUPERIORI A EURO 100.324,00			
		<input type="checkbox"/>	SUPERIORI A EURO 100.324,00			

3.6	DETRAZIONE LAVORO DIPENDENTE SI RICHIEDE (**)	<input type="checkbox"/>	LA NON APPLICAZIONE DELLA DETRAZIONE			
		<input type="checkbox"/>	L'APPLICAZIONE DELLA DETRAZIONE IN MISURA FISSA IN QUANTO UNICO REDDITO PERCEPITO NELL'ANNO SOLARE NON SUPERIORE A 8.000 EURO			

(**) Per detrazione si intende il diritto da parte del contribuente di richiedere uno sconto fiscale sull'imposta dovuta (vedi istruzioni alla compilazione)

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

**DICHIARAZIONI RESE SUL POSSESSO DEI REQUISITI NECESSARI
ALLA STIPULA DEL CONTRATTO DI TUTORATO**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
____/____/____

telefono _____ mail
(istituzionale): _____@unibo.it

Dichiara sotto la propria personale responsabilità quanto segue (barrare la casella interessata):

di essere in possesso di laurea triennale, o titolo equipollente

(condizione indispensabile per la stipula del contratto)

di NON avere un grado di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente ai dipartimenti o alle strutture di riferimento dei corsi formativi, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo (Ai sensi dell'art. 18 co. 1 lettera c) della L. 240/2010)

(condizione indispensabile per la stipula del contratto)

- **di essere iscritto a corsi di dottorato**

- Si** Anno di iscrizione _____
 No

- **di essere dipendente di ente pubblico (anche per i dipendenti dell'Università di Bologna)**

- Si**
 No

- **Che l'Ente Pubblico di cui è dipendente è**
: _____

Se l'ente pubblico è l'Università di Bologna specificare, in percentuale, il regime di impegno orario

Se dipendente dell'Università di Bologna:

- 1) **di essere consapevole che l'affidamento dell'incarico è subordinato al rilascio del nulla osta se il rapporto di lavoro è superiore al 50% rispetto al tempo pieno.**

- **di essere assegnista di ricerca**

- Si**
 No

Se sì:

- 1) **di essere consapevole che l'affidamento dell'incarico sarà subordinato al rilascio del nulla osta da parte del docente Responsabile dell'assegno di ricerca.**

- **Dichiara inoltre:**

➤ **Se già dipendente dell'Alma Mater Studiorum**

- di essere cessato dal servizio dopo aver maturato i requisiti previsti dall'art. 25 della Legge 724/1994 per il pensionamento di vecchiaia¹.
 - se collocato in quiescenza, che sono trascorsi almeno 5 anni dal momento della cessazione.
- di non usufruire di assegno di tutorato ai sensi del DM 198/2003

Bologna, _____

Firma del dichiarante _____

¹ Se il servizio si è concluso entro l'anno 2011, il requisito per la pensione di vecchiaia corrisponde a 61 anni per le donne e 65 per gli uomini;

Se il servizio si è concluso entro l'anno 2012, il requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia corrisponde a 66 anni sia per le donne sia per gli uomini; qualora il dipendente abbia maturato il diritto al pensionamento in base alle regole vigenti prima del 1 gennaio 2012, si confermano i requisiti indicati nel punto precedente; Se il servizio si è concluso tra il 2013 ed il 2015, il requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia corrisponde a 66 anni e 3 mesi sia per le donne sia per gli uomini; qualora il dipendente abbia maturato il diritto al pensionamento in base alle regole vigenti prima dell'1 gennaio 2013, si confermano i requisiti indicati nei punti precedenti.

Se il servizio si concluderà nel 2016 o 2017, il requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia corrisponde a 66 anni e 7 mesi sia per le donne sia per gli uomini; qualora il dipendente abbia maturato il diritto al pensionamento in base alle regole vigenti prima dell'1 gennaio 2016, si confermano i requisiti indicati nei punti precedenti.

Non è possibile attribuire alcun incarico didattico ai dipendenti, cessati dal servizio per motivi diversi dai raggiunti limiti di età (es. dimissioni volontarie) e titolari di pensione d'anzianità (Legge 23 dicembre 1994, n. 724, art. 25 co.1).