



ALLEGATO A

DOMANDA DI AMMISSIONE

**BANDO PUBBLICO DI SELEZIONE N. 2/2020/MOTLM67
PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI INSEGNAMENTO/MODULO DI INSEGNAMENTO PER
L'ANNO ACCADEMICO 2020/2021 - AREA DI SCIENZE MOTORIE**

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Verona
Via dell'Artigliere, 8
37139 VERONA

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome).....

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica per il conferimento degli incarichi di insegnamento/modulo di insegnamento per l'Anno Accademico 2020/21 nel:

Corso di Studio	Y70 - SCIENZE MOTORIE PREVENTIVE ED ADATTATE
Insegnamento	PROGRAMMAZIONE E CONDUZIONE DELL'ALLENAMENTO PER LA PREPARAZIONE FISICA
MODULO	METODI E DIDATTICHE DELLA PREPARAZIONE FISICA
Des. Sede	VERONA
Anno corso	1
Des. Periodo	I semestre 01/10/2020 - 30/01/2021
Cod. Settore	M-EDF/02
Part. Stu.	LABORATORI
CFU	2
Ore	LAB 30
Tipo Attività Formativa	B - caratterizzante



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e/o SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome).....

al fine di essere ammesso/a alla presente selezione pubblica per il conferimento degli incarichi di insegnamento/i (consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci - art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

DICHIARA

- di essere nato/a Prov (.....) il
- codice fiscale
- partita IVA (per coloro che la posseggono)
- di essere di nazionalità e di cittadinanza
- di essere residente in Via/Piazza n.....
C.A.P. Comune Prov. (.....)
Telefono..... Cellulare
- e-mail
- di avere il Domicilio Fiscale (se diverso dalla residenza) in Via/Piazza
..... n.....C.A.P.....Comune.....
..... Prov. (.....)
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali pendenti; ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti;
- di non avere un grado di parentela o affinità fino al quarto grado compreso con il Rettore, la Direttrice Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;
- di possedere il seguente titolo di studio
conseguito ilpresso.....
- (solo per i titoli conseguiti all'estero e per i cittadini stranieri) il suddetto titolo di studio è stato riconosciuto equipollente al titolo di studio italiano dalle competenti autorità ☐ sì ☐ no;
- di appartenere ad uno dei seguenti profili professionali (barrare con una X):
 - ☐ **PROFESSORE ORDINARIO/STRAORDINARIO**
 - ☐ **PROFESSORE ASSOCIATO**
 - ☐ **RICERCATORE**per il settore scientifico disciplinare (SSD) _____/_____



UNIVERSITÀ di VERONA

presso l'Università degli Studi di

in servizio presso il Dipartimento di.....

indirizzo:

☐ **DIPENDENTE DELL'ENTE/AZIENDA:**.....

indirizzo:.....

☐ **ASSEGNISTA DI RICERCA DELL'UNIVERSITÀ DI VERONA**

Dipartimento..... **di essere consapevole,
in qualità di assegnista di ricerca, di non poter essere affidatario di un numero di ore di insegnamento
superiore a 48 per ciascun anno accademico.*

☐ **DOTTORANDO DI RICERCA DELL'UNIVERSITÀ DI VERONA**

.....

☐ **SENZA ALCUN RAPPORTO DI DIPENDENZA**

altra occupazione

Il sottoscritto dichiara di non trovarsi in una delle seguenti situazioni di incompatibilità:

- soggetti cessati volontariamente dal servizio presso l'Università di Verona con diritto alla pensione anticipata di anzianità (L. 724/1994);
- soggetti cessati volontariamente dal servizio presso altro ente pubblico o privato con diritto alla pensione anticipata di anzianità, e che abbiano avuto con l'università degli Studi di Verona rapporti di lavoro e di impiego nei 5 anni precedenti a quello di cessazione (L. 724/1994);

Il sottoscritto allega alla domanda, redatti in carta semplice anche in fotocopia non autenticata:

- ☐ curriculum vitae della propria attività professionale, scientifica e didattica degli ultimi cinque anni;
- ☐ elenco dettagliato dei documenti e dei titoli che il candidato ritenga utile ai fini della selezione;
- ☐ elenco delle pubblicazioni scientifiche. Il candidato può, inoltre, produrre le pubblicazioni ritenute utili ai fini della valutazione;
- ☐ fotocopia di un documento di identità in corso di validità.
- ☐ programma didattico dell'insegnamento
- ☐ per gli incarichi di affidamento/supplenza attribuiti a professori o ricercatori di altro Ateneo: nulla osta rilasciato dall'amministrazione di appartenenza;
- ☐ per i soli assegnisti di ricerca: consenso del Responsabile Scientifico;
- ☐ per i soli dottorandi dell'Ateneo Veronese: copia della richiesta di autorizzazione presentata al Collegio di Dottorato (da perfezionare, prima dell'eventuale conferimento incarico, con l'autorizzazione del Collegio di Dottorato).



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

Il sottoscritto infine, si impegna a fornire qualsiasi informazione inerente l'insegnamento (disponibilità orarie per le lezioni, orari di ricevimento, riferimenti personali o altro) ed a produrre ulteriore documentazione eventualmente richiesta, nei tempi e nei modi segnalati successivamente dalla Direzione Didattica e Servizi agli Studenti.

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Università di Verona è titolare del trattamento dei dati personali dei partecipanti alle selezioni, ai sensi del Regolamento UE 2016/679; un'informativa di dettaglio su finalità del trattamento, destinatari dei dati e esercizio dei diritti dell'interessato è disponibile sul sito istituzionale dell'Ateneo: www.univr.it/it/privacy

Verona,

In fede

(Firma)

CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

[COGNOME, Nome, e, se pertinente, altri nomi]

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

• Qualifica conseguita

• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

• Date (da – a)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

• Qualifica conseguita

• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

• Date (da – a)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

• Qualifica conseguita

• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE ALLA DIDATTICA E DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

• Date (da – a)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

• Date (da – a)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

• Date (da – a)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

ESPERIENZA PROFESSIONALE

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

LINGUE CONOSCIUTE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

[Indicare la lingua]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

[Indicare la lingua]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

*Con computer, attrezzature specifiche,
macchinari, ecc.*

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

*Competenze non precedentemente
indicate.*

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]



ALLEGATO C

Programma A.A. 2020/21

Corso di Laurea/Laurea Magistrale in:

.....

Insegnamento di

Docente:

Obiettivi Formativi (conoscenze e abilità da conseguire)	Learning Outcomes (knowledge and skills acquired)
Programma	Syllabus
Modalità di verifica dell'apprendimento	Assessment methods



ALLEGATO C

Bibliografia

- 1.
- 2.
- 3.

MODULO PER GLI ASSEGNISTI DI RICERCA

Al Responsabile Scientifico
dell'Assegno di Ricerca

Alla Direzione Risorse Umane
Area Personale Docente e Rapporti con
l'AOUI di Verona
Unità Operativa Personale Docente - sede -

Oggetto: richiesta autorizzazione per incarico di docenza.

Il sottoscritto....., nato a.....il.....,
assegnista di ricerca presso il Dipartimento....., in riferimento al
bando Rep.....Prot.....Tit.....del.....e all'art. 10 del Regolamento per il
conferimento degli incarichi di insegnamento ad esperti e studiosi esterni (ex L. 240/2010)

C H I E D E

preventivamente di essere autorizzato a svolgere l'incarico didattico per l'insegnamento/gli insegnamenti:
.....modulo/moduli.....
cfu.....ore.....previsto al.....semestre del Corso di Studio in
per l'A.A.....

(firma dell'Assegnista di Ricerca)

Il Responsabile Scientifico dell'Assegno di Ricerca dichiara che l'eventuale affidamento dell'incarico/degli
incarichi didattico/didattici sopra citato/citati non sarà/saranno di impedimento allo svolgimento dell'attività
di ricerca assegnata al Dott./Dott.ssa _____

Visto si autorizza:

Il Responsabile Scientifico dell'Assegno di Ricerca _____

Prof/Dott.....

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO ATTIVITÀ LAVORATIVA**MODULO PER I DOTTORANDI DI RICERCA****AL COLLEGIO DOCENTI
DEL DOTTORATO DI RICERCA IN**

Il/La sottoscritto/a _____

Iscritto/a alla Scuola di Dottorato di _____

☐ primo ☐ secondo ☐ terzo anno di corso del Dottorato di ricerca in
_____**CHIEDE**☐ Ai sensi dell'art. 14, comma 10, del *Regolamento del Dottorato di Ricerca presso l'Università di Verona*
l'autorizzazione a svolgere/proseguire la seguente l'attività lavorativa*(Si prega di fornire una descrizione breve ma dettagliata delle attività in termini di funzioni principali e impegno orario)*

_____☐ con contratto a tempo indeterminato (a decorrere dal _____)
Presso _____☐ con contratto _____
Presso _____ con decorrenza dal _____ al _____☐ Ai sensi dell'art. 14, comma 6, del *Regolamento del Dottorato di Ricerca presso l'Università di Verona*
l'autorizzazione a svolgere attività assistenziale nell'ambito esclusivo dello specifico curriculum del dottorato e per le
attività indispensabili all'espletamento della tesi di dottorato, con decorrenza dal _____**DICHIARA**

che lo svolgimento di tale attività non compromette la partecipazione alle attività complessive del dottorato.

Verona, _____

Il/La Dottorando/a

Il dottorando dovrà consegnare la richiesta alla Segreteria della Scuola, che trasmetterà il modulo al Collegio docenti del Corso di dottorato. Sarà cura della segreteria della Scuola far pervenire il modulo unitamente alla documentazione necessaria all'Ufficio Dottorati.

COMPILAZIONE A CURA DELLA SEGRETERIA DELLA SCUOLA

IL COLLEGIO DEI DOCENTI

☐ **AUTORIZZA**

☐ Ai sensi dell'art. 14, comma 10, del Regolamento del Dottorato di Ricerca presso l'Università di Verona la richiesta allo svolgimento di attività lavorativa;

☐ Ai sensi dell'art. 14, comma 6, del Regolamento del Dottorato di Ricerca presso l'Università di Verona la richiesta allo svolgimento di attività assistenziale.

SI PRECISA CHE L'AUTORIZZAZIONE VIENE RILASCIATA:

☐ solamente per l'anno corrente, pertanto la richiesta dovrà essere ripresentata ogni anno;

☐ per l'intero corso di dottorato.

☐ **NON AUTORIZZA**

☐ Ai sensi dell'art. 14, comma 10, del Regolamento del Dottorato di Ricerca presso l'Università di Verona la richiesta allo svolgimento di attività lavorativa;

☐ Ai sensi dell'art. 14, comma 6, del Regolamento del Dottorato di Ricerca presso l'Università di Verona la richiesta allo svolgimento di attività assistenziale.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE VERBALE DEL COLLEGIO DOCENTI DEL

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO ATTIVITA' DIDATTICA

MODULO PER IL PERSONALE T/A DELL'ATENEO

Alla Direzione Personale
Area Personale Tecnico
Amministrativo

Al Responsabile della Struttura

Sede

Oggetto: Richiesta autorizzazione per incarico di docenza.

Il sottoscritto....., nato a.....il.....,
in servizio con qualifica di.....cat.....presso il Dipartimento.....in
riferimento al bando Rep.....Prot.....Tit.....del.....

C H I E D E

preventivamente di essere autorizzato a svolgere l'incarico didattico per l'insegnamento/gli insegnamenti:

.....
modulo/moduli.....cfu.....ore.....,
previsto al.....semestre del Corso di Studio in.....
polo diper l'A.A.....

Il sottoscritto dichiara che l'incarico didattico:

- è compatibile con lo svolgimento delle ordinarie attività istituzionali;
- si terrà al di fuori dell'orario di lavoro.

(firma dell'interessato)

Visto si autorizza il Responsabile della Struttura

Prof.....

**Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013
e degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000
(barrare e compilare la voce che interessa)**

Il sottoscritto

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

dichiara

☐ di non svolgere incarichi o avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

☐ i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

ente

incarico/carica

dal al

ente

incarico/carica

dal al

ente

incarico/carica

dal al

ente

incarico/carica

dal al

ente

incarico/carica

dal al

☐ di non svolgere attività professionali

☐ lo svolgimento di attività professionali:

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMARE SUL RETRO

QUESTO LATO NON VA PUBBLICATO SUL WEB

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto con l'Università di Verona.

Luogo e data.....

il dichiarante.....



Area Personale docente e
rapporti con l'A.O.U.I. di Verona

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00
DI TROVARSI NELLA SEGUENTE POSIZIONE:

- a) **Professionista** (art. 53, 1° comma, DPR 917/86) (l'attività di docenza rientra nell'oggetto della propria professione abituale, ancorché non esclusiva, con obbligo di rilascio fattura).

PARTITA IVA | | | | | | | | | | | |

- ☐ **iscritto** all'Albo/Ordine/Collegio Firma _____
- e alla seguente Cassa Firma _____
- e alla Gestione separata INPS (Legge 335/95) per il versamento dei contributi previdenziali. Firma _____
- ☐ **non iscritto** in alcun Albo professionale e senza Cassa.
- iscritto alla Gestione separata INPS (Legge 335/95) per i versamenti dei contributi previdenziali. Firma _____
- ☐ professionista **"esordiente"** (art. 13 Legge 388/2000) non assoggettato a ritenuta d'acconto. Firma _____
- ☐ professionista che si avvale del **regime per i contribuenti minimi** (art. 1, commi da 96 a 117, Legge Finanziaria 2008 modificato dall'art. 27 DL 98/2011).
Firma _____
- ☐ professionista che si avvale del **regime forfettario** (art. 1, commi da 54 a 89, Legge 190/2014).
Firma _____

- b) **Collaboratore coordinato e continuativo senza vincolo di subordinazione** (art. 50, comma 1 lettera c-bis, DPR 917/86).

Firma _____

SEZIONE PREVIDENZIALE

(da compilare in caso sia stata sottoscritta la lettera b) nel precedente riquadro)

Ai fini della copertura previdenziale DICHIARA, altresì

(La sottoscrizione di una delle due opzioni alla lettera A va accompagnata dalla sottoscrizione di una delle successive lettere a₁, a₂, a₃. La mancata sottoscrizione dei campi sotto indicati comporterà il mancato pagamento fino al momento della regolarizzazione della posizione previdenziale).

- A) che ha **provveduto/provederà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) **all'iscrizione:**

- ☐ alla **Gestione separata** presso la sede competente **INPS** (ex art. 4, DL 166/96). Firma _____
- ☐ alla **Gestione separata** presso l'**Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica** (art. 8, comma 4 ter, Legge 135/2012 di conversione, con modificazioni, DL 95/2012) - matricola n. _____
Firma _____

- a₁) di essere **titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** c/o l'Ente Previdenziale _____ (INPS, ecc.) e/o **di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità**, quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 24%. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____

- a₂) di essere **titolare di pensione diretta** quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 24%. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____

- a₃) di **non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità** e quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 34,23%. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva.

Firma _____

- B) di **superare il massimale di reddito annuo di € 101.427,00 per redditi assoggettati a contributi previdenziali presso la Gestione separata** e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva.

Firma _____

RICHIEDE

ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, di cui all'art. 76, per le dichiarazioni mendaci

SEZIONE FISCALE

▪ **Agli effetti dell'applicazione delle DETRAZIONI PER LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATO previste dall'art. 13 del D.P.R. 917/1986**

- ☐ l'applicazione delle detrazioni di cui al predetto art. 13 del D.P.R. 917/86 a decorrere dal _____;
- ☐ di tenere conto per l'anno 2020 anche dell'ammontare di redditi ulteriori rispetto a quelli erogati dall'Università degli Studi di Verona, pari ad € _____;

▪ **Agli effetti dell'applicazione delle ritenute IRPEF**

- ☐ l'applicazione dell'aliquota marginale IRPEF (*) nella misura del _____ % (**) in luogo di quella progressiva a scaglioni collegata all'entità dell'emolumento nel periodo d'imposta.

(*) L'applicazione dell'aliquota marginale IRPEF esclude l'applicazione delle detrazioni art.13 del D.P.R. 917/1986.

(**) Le aliquote in vigore sono le seguenti: 23%, 27%, 38%, 41%, 43% (può comunque essere indicata un'aliquota diversa compresa tra la minima e la massima).

DICHIARA

ai sensi degli articoli 43 e 46 del D.P.R. n. 445/2000

LEGGE STABILITÀ 2014 art. 1 commi 471 ss.

Art. 13 DL del 24 dicembre 2014, n. 66 convertito con modificazioni dalla Legge 23 giugno 2014, n. 89

che nel corso dell'anno solare 2019, in relazione agli impegni già assunti con amministrazioni statali, agenzie, enti pubblici economici e non economici, enti di ricerca, università, società non quotate a totale o prevalente partecipazione pubblica e loro controllate, potrà ricevere una retribuzione complessiva a carico dei predetti Enti in ragione di rapporti di lavoro subordinato o di lavoro autonomo:

- ☐ Non superiore a € 240.000,00;
- ☐ Superiore a € 240.000,00 e così composta:
- | | | |
|-------------|-----------------|-------------------------|
| Ente: _____ | compenso: _____ | data conferimento _____ |
| Ente: _____ | compenso: _____ | data conferimento _____ |
| Ente: _____ | compenso: _____ | data conferimento _____ |

Firma _____

S'IMPEGNA

inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d'ora Università degli Studi di Verona da ogni responsabilità in merito.

(data)

(Firma leggibile dell'interessato)

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Università di Verona è titolare del trattamento dei dati personali di chi stipula contratto di lavoro dipendente e assimilato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679; un'informativa di dettaglio su finalità del trattamento, destinatari dei dati e esercizio dei diritti dell'interessato è disponibile sul sito istituzionale dell'Ateneo: www.univr.it/it/privacy.

(data)

per accettazione _____
(Firma leggibile dell'interessato)



SCHEDA ANAGRAFICA PROFESSORI E RICERCATORI DI ALTRO ATENEIO

Il/La sottoscritto/a *Cognome* _____ *Nome* _____
Codice Fiscale _____ *Cittadinanza* _____
Nato/a a _____ (Prov.) _____ il _____
Residente a _____ (Prov.) _____ CAP _____ Via _____ n. _____
Recapito per eventuali comunicazioni: telefono _____
e-mail _____

Compilare solo se alla data indicata la residenza differiva da quella sopra dichiarata.

Residenza al 01/01/2019 Via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

in servizio in qualità di:

- | | |
|---|--|
| ☐ Professore Ordinario a tempo definito | ☐ Ricercatore "Junior" a tempo determinato tempo definito Art. 24 L. 240/10 |
| ☐ Professore Ordinario a tempo pieno | ☐ Ricercatore "Junior" a tempo determinato tempo pieno Art. 24 L. 240/10 |
| ☐ Professore Straordinario a tempo definito | ☐ Ricercatore "Senior" a tempo determinato tempo pieno Art. 24 L. 240/10 |
| ☐ Professore Straordinario a tempo pieno | ☐ Ricercatore a tempo determinato tempo pieno Art. 1 L. 230/2005 |
| ☐ Professore Associato non confermato a tempo definito | ☐ Ricercatore confermato tempo definito |
| ☐ Professore Associato non confermato a tempo pieno | ☐ Ricercatore confermato tempo pieno |
| ☐ Professore Associato confermato a tempo definito | ☐ Ricercatore non confermato |
| ☐ Professore Associato confermato a tempo pieno | ☐ Ricercatore non confermato dopo un anno |

presso l'Università di _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Sia per il regime d'impiego a tempo pieno sia a tempo definito è necessaria l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza.

al quale sono stati attribuiti incarichi di insegnamento per l'A.A. 2019/2020 presso i Corsi di Laurea e Laurea Magistrale afferenti a:

- ☐ Dipartimento di: _____
- ☐ Scuola di Medicina e Chirurgia

CHIEDE

che il compenso venga corrisposto secondo la seguente modalità di pagamento:

☐ IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatorie 27 caratteri alfanumerici)

ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI

Codice Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	C/C (12 caratteri alfanumerici)
____	____	____	____	____	____

BANCA _____ CITTÀ _____

AGENZIA O FILIALE DI _____

RICHIESTE
ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, di cui all'art. 76, per le dichiarazioni mendaci

SEZIONE FISCALE

▪ **Agli effetti dell'applicazione delle ritenute IRPEF**

- ☐ l'applicazione dell'aliquota marginale IRPEF nella misura del _____ % (*) in luogo di quella progressiva a scaglioni collegata all'entità dell'emolumento nel periodo d'imposta.

(*) Le aliquote in vigore sono le seguenti: 23%, 27%, 38%, 41%, 43% (può comunque essere indicata un'aliquota diversa compresa tra la minima e la massima).

DICHIARA
ai sensi degli articoli 43 e 46 del D.P.R. n. 445/2000

LEGGE STABILITÀ 2014 art. 1 commi 471 ss.
Art. 13 DL del 24 dicembre 2014, n. 66 convertito con modificazioni dalla Legge 23 giugno 2014, n. 89

che nel corso dell'anno solare 2019, in relazione agli impegni già assunti con amministrazioni statali, agenzie, enti pubblici economici e non economici, enti di ricerca, università, società non quotate a totale o prevalente partecipazione pubblica e loro controllate, potrà ricevere una retribuzione complessiva a carico dei predetti Enti in ragione di rapporti di lavoro subordinato o di lavoro autonomo:

- ☐ Non superiore a € 240.000,00;

- ☐ Superiore a € 240.000,00 e così composta:

Ente: _____ compenso: _____ data conferimento _____

Ente: _____ compenso: _____ data conferimento _____

Ente: _____ compenso: _____ data conferimento _____

Firma _____

S'IMPEGNA

inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d'ora Università degli Studi di Verona da ogni responsabilità in merito.

(data)

(Firma leggibile dell'interessato)

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Università di Verona è titolare del trattamento dei dati personali di chi stipula contratto di lavoro dipendente e assimilato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679; un'informativa di dettaglio su finalità del trattamento, destinatari dei dati e esercizio dei diritti dell'interessato è disponibile sul sito istituzionale dell'Ateneo: www.univr.it/it/privacy.

(data)

per accettazione _____
(Firma leggibile dell'interessato)