

MODULO SUPPLENZE

MODULO DA UTILIZZARE ESCLUSIVAMENTE DAI SEGUENTI SOGGETTI:

- DOCENTI ORDINARI - ASSOCIATI - RICERCATORI E ASSISTENTI ORDINARI RUOLO ESAURIMENTO DELLE UNIVERSITA' ITALIANE
- Norma di riferimento: Legge 19/11/1990, n. 341 – art.12

SPETT. LE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI

67100 L'AQUILA

Il sottoscritto _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ residente in _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____, CF. _____
Tel. _____ / _____ Cell. _____ / _____,
Qualifica: _____ (*)
Cittadinanza _____, con domicilio fiscale in _____
Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____,
Indirizzo e-mail _____,

(*) indicare se: Ordinario - Associato - Ricercatore - Assistente ordinario Ruolo Esaurimento

in relazione al conferimento dell'incarico d'insegnamento:

da svolgersi presso la Struttura: _____,
Corso di Laurea/Scuola Specializzazione ecc.: _____
A.A. 20_____/201_____, con data inizio attività _____ e data fine attività _____
con un compenso prestabilito di €. _____, _____ (_____)
da erogarsi in unica soluzione.

NOTA BENE

Agli effetti dell'applicazione della ritenuta I.R.P.E.F. il sottoscritto chiede espressamente l'applicazione DELL'ALIQUOTA MARGINALE IRPEF nella misura del: _____% in luogo di quella progressiva per scaglioni di reddito. (Obbligatoria per: Dipendenti Pubblici, Dipendenti Privati e Titolari di Pensione)

(In caso di mancata indicazione, sarà applicata l'aliquota equivalente al primo scaglione di Reddito)

DICHIARA - sotto la propria personale responsabilità di essere:

A) **Docente presso l' Università di:** _____
Via _____ n. _____ cap _____ **Codice Fiscale Università di appartenenza:** _____ in relazione alla propria carica e/o qualifica **e non a titolo personale**, per cui nella fattispecie tali compensi rientrano tra quelli assimilati al lavoro dipendente **(ex art. 50, primo comma, lettera b), DPR 917/1986).**

(allega nulla-osta ai sensi dell'articolo 9 Legge 311/1958).

FIRMA _____

Il sottoscritto conferma che, ai fini fiscali previdenziali ed assicurativi, la propria posizione si identifica nella fattispecie di cui alla **precedente lettera A** e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, **nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Università degli Studi di L'Aquila da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.**

A Dichiaro di essere stato/a informato/a, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, che i dati raccolti con il presente documento saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

I dati, il cui conferimento è obbligatorio al fine di adempiere alle formalità imposte dalla legge, saranno conservati in archivi elettronici e/o cartacei e saranno adottate tutte le misure di sicurezza idonee a salvaguardare i medesimi da rischi di dispersione e di accesso non autorizzato da parte di terzi.

Tali dati potranno essere comunicati ad eventuali terzi sempre per le finalità imposte dalla legge.

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a di poter esercitare i diritti di cui al suddetto Decreto Legislativo.

Li _____

FIRMA _____

Chiede inoltre che il compenso venga liquidato a mezzo:

___ **BONIFICO BANCARIO:**

___ (IBAN): | _____ |

COMPOSTO DA 27 CARATTERI ALFANUMERICI

Intestato/cointestato a _____