



DICHIARAZIONE PER TUTOR D.M.

Il/La sottoscritto/a:

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Partita IVA

Nato/a a

Prov.

il

Residente a

Prov.

CAP

Indirizzo

n.

Domicilio Fiscale¹

Telefono

E-Mail

CHIEDE

che il pagamento del compenso venga corrisposto nel seguente Conto Corrente:

IBAN

Banca/Posta

Agenzia n.

Indirizzo

Città

¹ *Compilare se diverso dalla residenza.*



DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 di essere:

Dipendente presso	<input type="text"/>		
Via	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>
Comune	<input type="text"/>		
Codice Fiscale	<input type="text"/>	Partita IVA	<input type="text"/>

- di essere lavoratore dipendente presso altra pubblica amministrazione².
- di non essere lavoratore dipendente presso altra pubblica amministrazione.

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato dal al

1) **Agli effetti dell'applicazione del contributo previdenziale INPS Legge 335/1995**

CHE

- ha provveduto all'autodenuncia presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96;
- provvederà all'autodenuncia presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96;

FIRMA

² **ATTENZIONE.** Si rammenta la necessità del nulla osta preventivo dell'amministrazione di appartenenza in ottemperanza agli obblighi previsti dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001.



INOLTRE, DICHIARA

(barrare una delle opzioni)

2) DI (barrare una delle opzioni):

- essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** e/o di trattamento pensionistico (diretta o indiretta) o di reversibilità c/o l'Ente , 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
- non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria** e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità; quindi soggetto alla gestione contributiva **nella misura del 35,03%**. **In caso di variazioni** della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

FIRMA

3) DI:

- superare il limite di reddito annuo di € 119.650,00** e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva gestione separata INPS.

FIRMA

PRENDE ATTO

che l'Università degli Studi di Cagliari è titolare del trattamento dei dati personali ai sensi delle norme del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, e del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs. 196/2003, nel rispetto della dignità umana, dei diritti e delle libertà fondamentali della persona.

L'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato COLLABORATORI è pubblicata sul sito https://web.unica.it/unica/it/utility_privacy.page.

E dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato COLLABORATORI.

FIRMA



S'IMPEGNA

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

Allegati

Cagliari

FIRMA DELL'INTERESSATO