

Avviso di selezione n. 4 prot. n. 316 del 27/1/2021

AI DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI FISICA

Oggetto: Contratti di diritto privato per Insegnamenti ufficiali ai sensi dell'art. 23, comma 2, Legge 30/12/2010, n. 240 – a.a. 2020/2021

Il/La sottoscritto/a:

DATI ANAGRAFICI (compilare in stampatello in ogni sua parte) / PERSONAL DATE									
Cognome / Family name					Nome / First name				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				
Data di nascita/Date of birth			Comune (o stato estero) di nascita/Place of birth			Prov.		Sesso	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice fiscale / Italian fiscal code									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice identificativo estero / foreign identifying code							Cittadinanza /Citizenship		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio fiscale: indirizzo e numero civico / Fiscal residence: address and street number									
<input type="text"/>									
Comune (e eventuale Stato estero) /Town (Country)					C.A.P. / Post code		Provincia		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residenza (se diversa dal domicilio) ovvero collaboratore straniero residente all'estero e domiciliato in Italia per più di 185 gg Residence (in case of different with fiscal residence) or foreign employee domiciled in Italy for more than 185 days. Indirizzo e numero civico / address and street number									
<input type="text"/>									
Comune (e eventuale Stato ester) /Town (Country)					C.A.P. / Post code		Provincia		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono / Phone number					E-Mail				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

chiede l'affidamento per l'a.a. 2020/2021 del seguente insegnamento ufficiale:

..... cod.

periodo di svolgimento dell'attività.....

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara:

- di essere in possesso del titolo di dottore di ricerca (ovvero titolo equivalente conseguito all'estero) in:
.....
- di essere titolare di assegno di ricerca per il progetto:
.....(compilare modulo B/3)
- di essere dipendente tecnico amministrativo dell'Università di Genova (compilare modulo B/3)

Al fine dell'affidamento in questione, il/la sottoscritto/a fornisce le seguenti dichiarazioni (barrare le voci che interessano e compilare le righe con i dati richiesti):

DATI PROFESSIONALI / PROFESSIONAL DATA titolari di partita iva

RAGIONE SOCIALE	
<input type="text"/>	
Partita IVA /VAT number	Iscritto al seguente Albo Professionale
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Applica rivalsa : cassa prof.^{le} 2% <input type="checkbox"/>	prof.^{le} 4% <input type="checkbox"/> INPS 4% <input type="checkbox"/>
Denominazione Cassa:	
<input type="text"/>	
Si avvale di regime ordinario (si Iva, si Irpef)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si avvale di un regime fiscale agevolato (no Iva, no Irpef)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 del DPR 633/72- prestazioni sanitarie	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

IN ALTERNATIVA

DATI PERSONE FISICHE senza partita iva / NOT PROFESSIONAL DATA

>	Lavoro dipendente	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ente o Azienda da cui dipende (se Ente pubblico allegare copia nulla osta nei casi previsti)		
<input type="text"/>		
	Indicare codice tipo di copertura previdenziale tra quelli riportati nella tabella della pagina seguente	<input type="text"/>
>	Pensionato/a	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se pensionato, specificare la tipologia (vedi tabella della pagina seguente)		
<input type="text"/>		
>	Di essere soggetto alla gestione separata INPS (titolare di borsa o assegno di ricerca)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
>	In attesa di iscrizione alla gestione separata INPS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
>	soggetti non residenti in Italia (ai fini dell'applicazione dell'art.2 del D.P.R. n. 197) che dimorerà per più di 183 giorni nel territorio dello Stato Italiano (obbligato alla presentazione in Italia della dichiarazione dei redditi) che non dimorerà per più di 183 giorni nel territorio dello Stato Italiano (compilare All. B.4)	

TABELLA SOGGETTI PENSIONATI O IN POSSESSO DI ALTRA
COPERTURA PREVIDENZIALE OBBLIGATORIA

0	Pensionati	001	Pensionati di tutti gli Enti pensionistici obbligatori (titolari di pensione non diretta)
		002	Titolari di pensione diretta
1	Assicurati di altre forme assicurative obbligatorie	101	Fondo pensioni lavoratori dipendenti
		102	Artigiani
		103	Commercianti
		104	Coltivatori diretti, mezzadri e coloni
		105	Versamenti volontari
		106	Versamenti figurativi (CIG, ecc.)
		107	Fondi speciali
2	I.N.P.D.A.P.	201	Dipendenti da Enti Locali e Dipendenti delle Amministrazioni dello Stato
3	Casse previdenziali professionisti autonomi	301	Dottori commercialisti
		302	Ragionieri
		303	Ingegneri e architetti
		304	Geometri
		305	Avvocati
		306	Consulenti del lavoro
		307	Notai
		308	Medici
		309	Farmacisti
		310	Veterinari
		311	Chimici
		312	Agronomi
		313	Geologi
		314	Attuari
		315	Infermieri professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'infanzia
		316	Psicologi
		317	Biologi
		318	Periti industriali
		319	Agrotecnici, Periti agrari
		320	Giornalisti
		321	Spedizionieri (fino al 31-12-1998)
4	I.N.P.D.A.I.	401	Dirigenti d'Azienda
5	ENPALS	501	Lavoratori dello spettacolo
6	I.P.O.S.T.	601	Lavoratori Poste Italiane S.p.A.

Il/La sottoscritto/a allega inoltre Curriculum Vitae comprendente l'attività scientifica e professionale nonché gli altri titoli ritenuti utili alla valutazione secondo quanto previsto dal presente avviso di selezione per l'affidamento di Attività didattica ufficiale, nonché ogni altro documento indicato come necessario dal medesimo avviso.

Il/La sottoscritto/a allega inoltre fotocopia di un valido documento d'identità.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la presente domanda non potrà essere accolta se priva anche di parte delle dichiarazioni e/o documenti richiesti.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

Data

(firma leggibile del candidato)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
PER CONFERIMENTO DI INCARICO
(art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il ____/____/____

ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 33/2013 (art. 15, comma 1) e ss.mm.ii. e del D.Lgs. 165/2001 (art.53 comma 14), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Che non sussistono situazioni anche potenziali di conflitto di interessi con le attività oggetto dell'incarico;
- Di non ricoprire incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di svolgere attività professionali;

oppure

- Di ricoprire il/i seguente/i incarico/incarichi o carica/cariche:

_____ presso _____

_____ presso _____

_____ presso _____

e/o di svolgere la/le seguente/i attività professionale/i:

_____ presso _____

_____ presso _____

_____ presso _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

1. Il trattamento dei dati personali del contraffittista avverrà secondo le modalità stabilite dal Regolamento (UE) 679/2016 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati" e dal D.Lgs. n.196/2003 (Codice *privacy* ancora applicabile, ove compatibile) nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, limitazione della finalità, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità, riservatezza e responsabilizzazione.
2. I dati personali saranno trattati all'interno dell'Ateneo dai soggetti autorizzati dal titolare. I diritti degli interessati sono disciplinati dagli artt. 12-23 del citato regolamento UE.
3. **Qualora i dati forniti rientrino fra le categorie particolari di dati personali di cui all'art. 9 del Regolamento (UE) 679/2016, "Regolamento Generale sulla protezione dei dati" (cosiddetti dati "sensibili" previsti dal D.lgs n. 196/2003), il sottoscritto/la sottoscritta autorizza l'Università degli Studi di Genova al loro trattamento.**

Atto di autorizzazione al trattamento dei dati personali, patto di riservatezza ed istruzioni

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara, altresì, di aver preso visione dell'allegato A) "Atto di autorizzazione al trattamento dei dati personali, patto di riservatezza e relative istruzioni", disponibile all'indirizzo <https://intranet.unige.it/privacy>.

Data _____

Firma _____

Dichiarazioni Legge anticorruzione (art. 1 co. 9 L. 190/2012)

Spett.le
DIPARTIMENTO DI FISICA
Via Dodecaneso, 33
16146 GENOVA

Il sottoscritto
nato il a.....
residente in via/piazza n.....
con codice fiscale n.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, che in relazione al sottoscritto:

non sussistono relazioni di parentela, coniugio o affinità con il Rettore, il Direttore Generale, i membri del Consiglio di Amministrazione e del Senato Accademico, i Presidi di Scuola, i Direttori di Dipartimento e i Dirigenti delle Aree della Direzione Generale dell'Università degli Studi di Genova¹;

ovvero che, in relazione alle seguenti persone:

Cognome e nome.....
In qualità di.....
sussiste il rapporto di
 parentela con
 affinità con
 coniugio con

Cognome e nome.....
In qualità di.....
sussiste il rapporto di
 parentela con
 affinità con
 coniugio con

DATA

FIRMA

N.B. Si rammenta che in alternativa all'autenticazione della sottoscrizione, alla dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore

¹ L'elenco completo dei soggetti che ricoprono le predette cariche è reperibile ai seguenti indirizzi: <http://www.unige.it/organi/>; <http://www.unige.it/strutture/scuole.shtml>; http://www.unige.it/strutture/dipartimenti_nuovi3.shtml; <http://www.unige.it/amministrazione/>

**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI FISICA
(UNIVERSITA' DI GENOVA)**

Con riferimento alla richiesta di presentazione di nulla osta della struttura di appartenenza di cui all'Avviso di selezione n.delper l'affidamento di Attività didattica ufficiale a soggetti non strutturati presso l'Università per l'a.a. _____, il sottoscritto candidato, presentata la domanda nei termini per lo svolgimento dell'insegnamento ufficiale dicodice senza la suddetta documentazione chiede che tale domanda sia accolta in via provvisoria perché accompagnata dalla richiesta formale da parte del candidato stesso della documentazione di cui sopra al soggetto competente a rilasciare tale documentazione.

Dichiara

inoltre di essere informato del fatto che non si potrà, in ogni caso, procedere alle ulteriori incombenze necessarie per l'eventuale affidamento dell'Attività didattica prima che pervenga la suddetta documentazione.

Dichiara

altresì di accettare in ogni caso il fatto che, trascorsi 21 giorni dalla scadenza dell'avviso di selezione senza che sia pervenuta tale documentazione, la domanda eventualmente accolta in via provvisoria potrà essere ritenuta definitivamente non accoglibile.

Data

FIRMA:
(leggibile)

SOGGETTO NON RESIDENTE

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome

Nome (per esteso)

Codice identificazione fiscale estero (*)

Codice fiscale italiano

(campo obbligatorio)

Località di nascita Stato estero.....

Data di nascita

Località di residenza Stato estero.....

Indirizzo.....

.....

Cittadinanza

Domicilio in Italia

(campo obbligatorio)

Località in cui è svolta l'attività

Per i cittadini di paesi non appartenenti alla Comunità Europea (che soggiornano in Italia per più di 3 mesi) allegare copia del permesso di soggiorno

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

DATA

FIRMA:

.....

(leggibile)

() Motivare se non in possesso*