

**Oggetto: Risposta al bando di selezione (rep. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_) per la copertura di insegnamenti ufficiali mediante stipula di contratti a titolo oneroso ex art. 23, comma 2, legge n. 240/2010**

**Il/La sottoscritto/a**  
**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

**Comune di nascita** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_ **Stato** \_\_\_\_\_

**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **Cittadinanza** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico** \_\_\_\_\_ **indirizzo e-mail** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN**

**Indirizzo** \_\_\_\_\_

**Comune** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_ **Stato** \_\_\_\_\_

**C.A.P.** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO FISCALE (compilare solo se diverso dalla residenza)**

**Indirizzo** \_\_\_\_\_

**Comune** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_ **Stato** \_\_\_\_\_

**C.A.P.** \_\_\_\_\_

(se residente all'estero) codice identificativo estero: \_\_\_\_\_

Selezionare il caso che interessa:

**dipendente di un Ente pubblico**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP – CITTÀ \_\_\_\_\_

**dipendente di un'Azienda / un Ente privato**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP – CITTÀ \_\_\_\_\_

**pensionato**

**professionista**

**altro** \_\_\_\_\_

iscrizione a Cassa nazionale di previdenza \_\_\_\_\_

(specificare)

aliquota cassa previdenziale 2%  4%   
oppure

iscrizione alla gestione separata INPS 4%

Si avvale di regime ordinario (si Iva, si Irpef)

Si avvale di un regime fiscale agevolato (no Iva, no Irpef)

Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 del DPR 633/72- prestazioni sanitarie

**CHIEDE**

**DI ESSERE AMMESSO AL CONCORSO PER L’AFFIDAMENTO DELL’INSEGNAMENTO UFFICIALE**

\_\_\_\_\_, COD. \_\_\_\_\_

**A.A. 2018/2019**

**DICHIARA CHE LA PRESTAZIONE SARÀ RESA NELL’AMBITO DI**

(indicare obbligatoriamente una delle 2 opzioni)

un rapporto di **collaborazione coordinata e continuativa** (regime contributivo di cui all'articolo 2 comma 26 e seguenti della Legge 335/95 – Gestione Separata del lavoro autonomo)

**oppure**

un **incarico professionale**

Partita IVA \_\_\_\_\_

Intestata a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Dichiara di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il Rettore, il Direttore generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Ateneo di Genova**

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- Curriculum formativo e professionale in formato europeo con eventuale elenco delle pubblicazioni scientifiche
- Titoli ritenuti utili ai fini della valutazione
- Fotocopia semplice di un documento di identità personale

**Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto esposto in questa istanza e nei suoi allegati corrisponde al vero.**

**Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei suoi dati personali ai sensi del Reg. (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia in protezione dei dati personali), come modificato dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101.**

**DATA** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_