

**Oggetto: Risposta al bando di selezione (rep. n. ____ del _____) per la copertura di
Altra Attività Formativa mediante stipula di contratto 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'ALTRA ATTIVITÀ FORMATIVA

_____, COD. _____

A.A. 2019/2020

DICHIARA CHE LA PRESTAZIONE SARA' 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 _____