

La domanda deve essere compilata in stampatello e comunque in modo chiaro e leggibile

ALLEGATO "A"

Al Direttore del Dipartimento
Architettura e Design
Prof. Arch. Enrico Dassori
FAX 010/2095905
010/2095907

In riferimento all'avviso n. 1402 del 11/04/2018 il/la sottoscritto/a: _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

residente a _____ in via _____ CAP _____

codice fiscale _____ P.IVA _____

qualifica _____

tel abitazione _____ cell _____

indirizzo e-mail _____ Cittadinanza _____

CHIEDE

il conferimento dell'insegnamento di _____

CODICE _____ Corso di Studi _____ presso

il Dipartimento Architettura e Design per l'a.a. 2018-2019

DICHIARA

- di essere in possesso di adeguati requisiti scientifico-professionali, coerenti con le tematiche oggetto dell'insegnamento come risulta dall'allegato CV;
- di non essere iscritto al dottorato di ricerca ai sensi del D.R. n. 309 del 26/11/2002 così come aggiornato dal D.R. n. 2068 del 6 aprile 2005 (art. 11 c.7);
- di non essere coniugato e di non avere un grado di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso, con un docente appartenente al Dipartimento di Scienze per l'Architettura, di non essere in una delle situazioni di incompatibilità previste per il personale docente di ruolo delle università dall'art. 13 del D.P.R. 382/1980 e successive modificazioni o integrazioni;

DICHIARA INOLTRE

— La prestazione è resa nell'ambito di un rapporto di Collaborazione Coordinata e Continuativa

- Al fine dell'applicazione del contributo INPS di cui alla Legge 335/95 art. 2 dichiara inoltre:
 - di essere iscritto alla gestione separata INPS
 - di essere privo di copertura previdenziale obbligatoria (effettuare iscrizione alla gestione separata sede INPS di residenza)
 - di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria (compilare All. B.2)
 - **dipendente altra Pubblica Amministrazione** (Allegare nulla osta Ente di appartenenza)
Denominazione _____
Indirizzo _____
Recapiti telefonici o email _____
 - **dipendente di altra azienda** (Allegare nulla osta Azienda di appartenenza)
- **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

— La prestazione, da assoggettarsi all'imposta sul valore aggiunto, è resa nell'esercizio dell'arte e della professione

RAGIONE SOCIALE

PARTITA IVA / VAT NUMBER

ISCRITTO AL SEGUENTE ALBO PROFESSIONALE:

DENOMINAZIONE CASSA:

APPLICA RIVALSA: cassa prof.^{le} 2% cassa prof.^{le} 4% INPS 4% _____

Si avvale del regime forfettario dell'art. 1, commi da 54 a 89 della Legge n. 190/2014 Sì NO

Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 del DPR 633/72- prestazioni sanitarie Sì NO

Regime di vantaggio – art. 27 D.L. 98/2011 Sì NO

Soggetto alla gestione separata INPS Sì NO

Il/La sottoscritto/a allega la documentazione di cui all'art. 3 dell'avviso di selezione

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la presente domanda potrà non 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.

____/____/_____

In fede
