



MOD. ruolo DR

DICHIARAZIONE resa ai sensi e per gli effetti del DPR 600/1973 e della legge 335/1995

BORSA DI STUDIO DOTTORATO DI RICERCA

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov. _____
il ____/____/____, cittadinanza _____ Codice fiscale _____
residente in _____ Prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____
con domicilio fiscale **al 01 gennaio dell'anno corrente** nel Comune di (se diverso dalla residenza) _____
Prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____
e-mail istituzionale: _____ email privata obbligatoria * _____
(*dato necessario ai fini degli adempimenti fiscali di competenza)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, in relazione all'iscrizione al corso di dottorato di ricerca in _____
con decorrenza dal _____ al _____

- ☐ di NON essere lavoratore dipendente di una pubblica Amministrazione e/o ente/ditta privata
- ☐ di essere lavoratore dipendente di ente/ditta privata
- ☐ di essere lavoratore dipendente di una pubblica Amministrazione:
- ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato dal _____ al _____
- ☐ di essere stato posto in congedo per motivi di studio, con provvedimento numero _____ del _____
- ☐ di essere Libero professionista, titolare della seguente partita IVA _____
e di essere iscritto alla Cassa di previdenza _____

A) DATI PREVIDENZIALI

- ☐ di essere tenuto ad iscrizione previdenziale obbligatoria presso **Cassa Gestione Separata INPS** di cui all'art.2 comma 26 legge 335/1995 e che il relativo contributo sarà applicato nella misura del (barrare la voce che interessa):
- ☐ 24,00 % in quanto il sottoscritto è in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria in qualità di _____ presso _____;
- ☐ 24,00% in quanto titolare di pensione diretta;
- ☐ 35,03% (contributo comprensivo della quota DIS-COLL) in quanto non avente altra copertura previdenziale obbligatoria;

B) AI FINI FISCALI

- ☐ di essere stato messo a conoscenza che l'emolumento percepito costituisce reddito esente sulla base di specifiche disposizioni normative vigenti.



C) che venga operata la seguente modalità di pagamento:

Bonifico bancario/postale presso: _____

Paese	Chek	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

☐ intestato al sottoscritto ☐ cointestato

N.B. NEL CASO DI CARTA PREPAGATA CON IBAN VERIFICARE IL PLAFOND (VALORE MASSIMO CARICABILE)

Il sottoscritto conferma quanto sopra indicato e si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione o altro dato che, nell'anno in corso, comporti modificazioni al regime contributivo, o che comunque sia rilevante ai fini previdenziali e/o fiscali.

Macerata, li _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (ART.13 REG.UE 2016/679)

Il / La sottoscritto/a prende atto che il trattamento dei propri dati personali e sensibili avverrà secondo le modalità stabilite dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Università degli studi di Macerata. L'informativa per il trattamento dei dati personali è consultabile al link: <https://www.unimc.it/it/privacy-policy>

Macerata, li _____

Firma _____

N.B. Allegare copia di documento di identità in corso di validità

