



**DICHIARAZIONE PER TUTOR D.M.**

*Il/La sottoscritto/a:*

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Partita IVA

Nato/a a

Prov.

il

Residente a

Prov.

CAP

Indirizzo

n.

Domicilio Fiscale<sup>1</sup>

Telefono

E-Mail

**CHIEDE**

che il pagamento del compenso venga corrisposto nel seguente Conto Corrente:

IBAN

Banca/Posta

Agenzia n.

Indirizzo

Città

<sup>1</sup> *Compilare se diverso dalla residenza.*



**DICHIARA**

**Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 di essere:**

Dipendente presso	<input type="text"/>		
Via	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>
Comune	<input type="text"/>		
Codice Fiscale	<input type="text"/>	Partita IVA	<input type="text"/>

- di essere lavoratore dipendente presso altra pubblica amministrazione<sup>2</sup>.
- di non essere lavoratore dipendente presso altra pubblica amministrazione.
  
- a tempo indeterminato
- a tempo determinato dal  al

---

**1) Agli effetti dell'applicazione del contributo previdenziale INPS Legge 335/1995**

**CHE**

- ha provveduto all'autodenuncia presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96;
- provvederà all'autodenuncia presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96;

**FIRMA**

---

<sup>2</sup> **ATTENZIONE.** Si rammenta la necessità del nulla osta preventivo dell'amministrazione di appartenenza in ottemperanza agli obblighi previsti dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001.



**INOLTRE, DICHIARA**

(barrare una delle opzioni)

**2) DI** (barrare una delle opzioni):

- essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** e/o di trattamento pensionistico (diretta o indiretta) o di reversibilità c/o l'Ente , quindi soggetto alla gestione contributiva **nella misura del 24%**. In caso di **variazioni** della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva
- non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria** e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità; quindi soggetto alla gestione contributiva **nella misura del 35,03%**. In caso di **variazioni** della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

FIRMA

---

**3) DI:**

- superare il limite di reddito annuo di € 119.650,00** e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva gestione separata INPS.

FIRMA

---

**PRENDE ATTO**

che l'Università degli Studi di Cagliari è titolare del trattamento dei dati personali ai sensi delle norme del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, e del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs. 196/2003, nel rispetto della dignità umana, dei diritti e delle libertà fondamentali della persona.

L'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato COLLABORATORI è pubblicata sul sito [https://web.unica.it/unica/it/utility\\_privacy.page](https://web.unica.it/unica/it/utility_privacy.page).

E dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato COLLABORATORI.

FIRMA



**S'IMPEGNA**

**inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d'ora l'Università degli Studi di Cagliari da ogni responsabilità in merito.**

Allegati

Cagliari

**FIRMA DELL'INTERESSATO**