



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER I COLLABORATORI ESTERNI

(Art.47 D.P.R.445 del 28.12.2000 G.U. n.20 del 20.02.2001)

Il/La sottoscritt _____
nat___ a _____ il _____ codice fiscale
_____ cittadinanza _____

A conoscenza delle sanzioni previste dalla legge in caso di dichiarazioni false,

DICHIARA

di essere residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____
al seguente indirizzo _____
rec. telefonico _____ cell. _____
e-mail _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

- di non essere dipendente;
- di possedere il titolo di studio di _____
- di essere dipendente pubblico privato
presso _____

in qualità di (qualifica e/o ruolo): _____

- di avere la seguente Partita IVA, congruente con la collaborazione in oggetto:

di optare per l'incarico di tipo:

- professionale (titolare di partita iva) collaborazione coordinata e continuativa

di essere iscritto alla seguente Cassa di Previdenza (contrassegnare quella di appartenenza):

- INPS INPS Gestione Dipendenti Pubblici

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dottori commercialisti | <input type="checkbox"/> Notai |
| <input type="checkbox"/> Ragionieri | <input type="checkbox"/> Giornalisti |
| <input type="checkbox"/> Ingegneri e Architetti | <input type="checkbox"/> Geologi |
| <input type="checkbox"/> Geometri | <input type="checkbox"/> Avvocati |
| <input type="checkbox"/> Consulenti del Lavoro | <input type="checkbox"/> Altre_____ |

- di essere pensionato (indicare l'Ente pensionistico es. INPDAP, INPS, etc...) _____
- di non essere iscritto ad alcuna Cassa di Previdenza;
- di aver effettuato l'iscrizione alla GESTIONE SEPARATA INPS ai sensi della L. 335/95 prevista per coloro che svolgono attività di collaborazione coordinata e continuativa;

Il/La sottoscritto/a, in caso di variazione dei dati certificati, si impegna a comunicarlo tempestivamente ed in forma scritta.

INFORMAZIONI DELL'ART. 13 REG. UE 679/2016 "PER LA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI".

I dati raccolti con il presente modulo saranno utilizzati per le finalità istituzionali di questi Uffici e per assolvere ai relativi obblighi previsti dalla legge e dai contratti stipulati con l'interessato del trattamento degli stessi; essi potranno essere comunicati ai soli soggetti coinvolti nello svolgimento delle attività sopra indicate. Il mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contratto di collaborazione con l'Università Suor Orsola Benincasa. L'interessato può esercitare i diritti previsti degli artt. 16, 17, 18, 19 e 21 del Regolamento (UE) 2016/679 e dall'art. 8 del Regolamento emanato con D.R. n. 435 del 05/11/2002, rivolgendosi al Titolare del trattamento: Università degli Studi Suor Orsola Benincasa e/o al Responsabile della protezione dei dati: Avv Riccardo Imperiali, dpo@unisob.na.it

Data.....

(firma per esteso e leggibile)

La presente autocertificazione, compilata in ogni sua parte, deve essere restituita in una delle seguenti modalità:

- attraverso posta elettronica, all'indirizzo ricerca.dottorati@unisob.na.it
-
- a mano, all'Ufficio Dottorati e Assegni (Via Suor Orsola 10, 80135 Napoli).



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI SUOR ORSOLA BENINCASA

AREA RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

RICHIESTA DI ACCREDITO BANCARIO

Il/La sottoscritto/a.....chiede che i compensi spettanti siano accreditati presso:

COORDINATE BANCARIE IBAN

Accredito su c/c bancario intestato o cointestato al collaboratore.

ID NAZ	CIN E	CIN	ABI	CAB	C/C

istituto
bancario

N° agenzia

indirizzo

città

C.A.P.

--	--	--	--	--

Data.....

(firma per esteso e leggibile)