



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA
DIREZIONE FINANZA E CONTROLLO
 Trattamenti Economici

**DICHIARAZIONE PER TITOLARI DI BORSE DI STUDIO PER DOTTORATO DI RICERCA
 POST-LAUREA (Legge 210/1998 art. 4)**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o atto di notorietà a norma del DPR 445/2000
Substitute declaration of certification and/or notary act, in accordance with Presidential Decree 445/2000

Il modulo deve essere debitamente compilato nelle parti che interessano.
Si prega di non omettere informazioni necessarie per la corretta gestione delle posizioni

The applicable parts of the form must be filled in.
Please do not omit information necessary for the correct management of your position.

Il/La sottoscritto/a (<i>The undersigned</i>) _____	
Codice Fiscale (<i>Fiscal Code</i>) _____	
Nato/a a (<i>Born in</i>) _____	Prov.(<i>Town, Country</i>) _____
il (<i>date of birth</i>) _____	Cittadinanza (<i>Citizenship</i>) _____
Residente a (<i>Resident in</i>) _____	Prov (<i>Town, Country</i>) _____
CAP (<i>Zipcode</i>) _____	Via (<i>Street</i>) _____ nr. _____
<u>Domicilio FISCALE</u> , se diverso dalla residenza (<i>Fiscal domicile, if different from the place of residence</i>)	
Via (<i>Street</i>) _____	nr. _____
Prov. (<i>Town, Country</i>) _____	CAP (<i>Zipcode</i>) _____
Recapito per eventuali comunicazioni (<i>Address for any communication</i>):	
telefono (<i>telephone</i>) _____	fax _____
e-mail _____	
Titolo di Studio (<i>University degree</i>) _____	
Iscritto al Corso di Dottorato in (<i>Enrolled in the PhD program in</i>) _____	

CHIEDE / HEREBY REQUESTS

che il pagamento del compenso venga corrisposto secondo le seguenti modalità di pagamento
that the payment of the amounts due be made according to the following means of payment

TRASFERIMENTO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO SOTTO RIPORTATO (BANK TRANSFER TO THE CURRENT ACCOUNT REPORTED BELOW)**BONIFICO VERSO PAESI EUROPEI (BANK TRANSFER TO EUROPEAN COUNTRIES)**

ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI (Attention: only for a Bank Account of which you are the HOLDER OR CO-HOLDER)

Titolare conto (Account holder): _____

Nome della banca (Bank name): _____

Agenzia (Branch nr.): _____

Indirizzo bancario (Bank address): _____

CODICE IBAN (IBAN CODE)

Codice Paese Country Cod.	Cin Eur (2 digits)	Cin (1 char.)	ABI (5 digits)	CAB (5 digits)	C/C (12 caratteri alfanumerici) (12 characters/digits)
_ _	_ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CODICE BIC/SWIFT BIC/(SWIFT CODE): _____

BONIFICO VERSO ALTRI PAESI (BANK TRANSFER TO OTHER COUNTRIES)

ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI (Attention: only for a Bank Account of which you are the HOLDER OR CO-HOLDER)

Titolare conto (Account holder): _____

Nome della banca (Bank name): _____

Agenzia (Branch nr.): _____

Indirizzo bancario (Bank address): _____

Numero di conto (Account Number): _____

CODICE BIC/SWIFT (BIC/SWIFT CODE): _____

ABA ROUTING (per conti correnti americani / for American bank accounts): _____

Ai fini della copertura previdenziale DICHIARA, altresì

For social security contribution purposes, DECLARES

(La firma della lettera A va accompagnata dalla firma di una delle successive lettere a1, a2, a3. La mancata sottoscrizione dei campi sotto indicati comporterà il mancato pagamento fino al momento della regolarizzazione della posizione previdenziale.)

(The signature of letter A requests to sign ONE of the following letters a₁, a₂, a₃. The failure to sign the fields below will result in non-payment of scholarship instalments until the regularization of insurance status.)

A che ha **provveduto/provederà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) **all'iscrizione alla Gestione separata presso la sede competente INPS** (ex art. 4, DL 166/96). *That he/she has provided for/will provide for (cross out the choice that does not apply) registration at the competent INPS office, in accordance with Article 4, Legislative Decree n. 166/96.*

Firma (Signature) _____

a₁) di essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria c/o l'Ente Previdenziale _____ (INPS, INPDAP, ecc.) e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, 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. *That he/she is a worker holding another type of obligatory social security coverage c/o the social security administration of (INPS,*

INPDAP) _____ or a retired worker (direct or indirect) and therefore subject to management of a 24% contribution. In the event of variations in his/her position, the interested party hereby promises to communicate said variations to the administration in order to provide for correct management of contributions.

Firma (Signature) _____

- a₂) di non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità e quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura 34,23% (aliquota 2018). In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva. *That he/she is not subject to obligatory social security coverage and/or indirect or transferable pension treatment and is therefore subject to management of a 34,23% (2018 tax rate) contribution.*

Firma (Signature) _____

- a₃) di superare il massimale di reddito annuo di € 100.324,00 (2016) per redditi assoggettati a contributi previdenziali presso la Gestione separata e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva. *That he/she possesses income exceeding the annual limit of € 100,324.00 (2016) and therefore invites this administration not to withhold a contribution for separate INPS management.*

Firma (Signature) _____

Il/La scrivente conferma che, ai fini fiscali e previdenziali, la propria posizione si identifica nelle fattispecie sottoscritte dal medesimo/a e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, **nonchè a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Università degli Studi di Verona da qualsiasi responsabilità in merito.**

Ai sensi della D.lgs. del 30/06/2003 n.196 il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei propri dati per l'esecuzione delle operazioni connesse con l'espletamento della pratica contrattuale in premessa, nonchè per finalità statistiche.

The undersigned confirms that for fiscal and social security purposes, his/her position is as indicated in these documents. The undersigned hereby promises to respect the relative dispositions and to communicate in a timely manner any variations, exonerating the University of Verona from any responsibility in this connection.

In accordance with Legislative Decree 196 of 30/6/2003, the undersigned consents to treatment of his/her personal data for performance of the operations connected with processing of the contract indicated in the premise and for statistical purposes.

Data _____

Firma (Signature) _____