



### SCHEDA ANAGRAFICA PROFESSORI E RICERCATORI DI ALTRO ATENEIO

Il/La sottoscritto/a <i>Cognome</i> _____ <i>Nome</i> _____			
Codice Fiscale	_____	Cittadinanza	_____
Nato/a a _____	(Prov.) _____	il _____	
Residente a _____	(Prov.) _____	CAP _____	Via _____ n. _____
Recapito per eventuali comunicazioni: telefono _____			
e-mail _____			
Compilare solo se alla data indicata la residenza differiva da quella sopra dichiarata.			
Residenza al 01/01/2019 Via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____			

in servizio in qualità di:

<input type="checkbox"/> Professore Ordinario a tempo definito	<input type="checkbox"/> Ricercatore "Junior" a tempo determinato tempo definito Art. 24 L. 240/10
<input type="checkbox"/> Professore Ordinario a tempo pieno	<input type="checkbox"/> Ricercatore "Junior" a tempo determinato tempo pieno Art. 24 L. 240/10
<input type="checkbox"/> Professore Straordinario a tempo definito	<input type="checkbox"/> Ricercatore "Senior" a tempo determinato tempo pieno Art. 24 L. 240/10
<input type="checkbox"/> Professore Straordinario a tempo pieno	<input type="checkbox"/> Ricercatore a tempo determinato tempo pieno Art. 1 L. 230/2005
<input type="checkbox"/> Professore Associato non confermato a tempo definito	<input type="checkbox"/> Ricercatore confermato tempo definito
<input type="checkbox"/> Professore Associato non confermato a tempo pieno	<input type="checkbox"/> Ricercatore confermato tempo pieno
<input type="checkbox"/> Professore Associato confermato a tempo definito	<input type="checkbox"/> Ricercatore non confermato
<input type="checkbox"/> Professore Associato confermato a tempo pieno	<input type="checkbox"/> Ricercatore non confermato dopo un anno

presso l'Università di \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**Sia per il regime d'impiego a tempo pieno sia a tempo definito è necessaria l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza.**

al quale sono stati attribuiti incarichi di insegnamento per l'A.A. 2019/2020 presso i Corsi di Laurea e Laurea Magistrale afferenti a:

- Dipartimento di: \_\_\_\_\_
- Scuola di Medicina e Chirurgia

#### CHIEDE

che il compenso venga corrisposto secondo la seguente modalità di pagamento:

**IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatorie 27 caratteri alfanumerici)**  
ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI

Codice Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	C/C (12 caratteri alfanumerici)
____	____	____	____	____	____

BANCA \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_

AGENZIA O FILIALE DI \_\_\_\_\_

**RICHIESTE**  
ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, di cui all'art. 76, per le dichiarazioni mendaci

**SEZIONE FISCALE**

▪ **Agli effetti dell'applicazione delle ritenute IRPEF**

- l'applicazione dell'aliquota marginale IRPEF nella misura del \_\_\_\_\_ % (\*) in luogo di quella progressiva a scaglioni collegata all'entità dell'emolumento nel periodo d'imposta.

(\*) Le aliquote in vigore sono le seguenti: 23%, 27%, 38%, 41%, 43% (può comunque essere indicata un'aliquota diversa compresa tra la minima e la massima).

**DICHIARA**  
ai sensi degli articoli 43 e 46 del D.P.R. n. 445/2000

**LEGGE STABILITÀ 2014 art. 1 commi 471 ss.**

**Art. 13 DL del 24 dicembre 2014, n. 66 convertito con modificazioni dalla Legge 23 giugno 2014, n. 89**

che nel corso dell'anno solare 2017, in relazione agli impegni già assunti con amministrazioni statali, agenzie, enti pubblici economici e non economici, enti di ricerca, università, società non quotate a totale o prevalente partecipazione pubblica e loro controllate, potrà ricevere una retribuzione complessiva a carico dei predetti Enti in ragione di rapporti di lavoro subordinato o di lavoro autonomo:

- Non superiore a € 240.000,00;

- Superiore a € 240.000,00 e così composta:

Ente: \_\_\_\_\_ compenso: \_\_\_\_\_ data conferimento \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_ compenso: \_\_\_\_\_ data conferimento \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_ compenso: \_\_\_\_\_ data conferimento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**S'IMPEGNA**

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

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile dell'interessato)

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'Università di Verona è titolare del trattamento dei dati personali di chi stipula contratto di lavoro dipendente e assimilato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679; un'informativa di dettaglio su finalità del trattamento, destinatari dei dati e esercizio dei diritti dell'interessato è disponibile sul sito istituzionale dell'Ateneo: [www.univr.it/it/privacy](http://www.univr.it/it/privacy).

\_\_\_\_\_  
(data)

per accettazione \_\_\_\_\_  
(Firma leggibile dell'interessato)