



## DICHIARA

**(consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.PR. 445/00)**

### Ai fini della copertura previdenziale

(Si raccomanda di firmare la lettera **A** ed UNA delle lettere successive (**B, C, D**). La mancata sottoscrizione dei campi sotto indicati comporterà infatti il mancato pagamento fino al momento della regolarizzazione della posizione previdenziale).

**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.

Firma \_\_\_\_\_

**B)** di essere titolare di **altra copertura previdenziale obbligatoria** (ES. INPDAP, INPS, Cassa Previdenziale di Categoria, etc..) c/o l'Ente ..... e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del **24,00%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma \_\_\_\_\_

**C)** di essere titolare di **pensione diretta** quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del **24,00%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma \_\_\_\_\_

**D)** di non essere titolare di **copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità e di** e quindi, soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 35,03%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva

Firma \_\_\_\_\_

**D)** di superare il limite contributivo annuo di **€ 119.650,00** presso la gestione separata L.335/95 e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta

Firma \_\_\_\_\_

**Ai fini della copertura assicurativa per infortuni, si rende noto che il premio assicurativo annuale obbligatorio, pari ad € 10,00, verrà trattenuto dalle competenze stipendiali.**

### **INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (a seguire: Regolamento) si informa che il trattamento dei dati personali forniti, o comunque acquisiti dall'Università di Verona, ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a loro favore dei compensi dovuti e l'applicazione degli adempimenti contributivi, previdenziali e fiscali previsti dalla normativa vigente e verrà effettuato presso l'Ateneo da parte di personale autorizzato, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

### 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)

**Trattamenti Economici Personale Strutturato e non Strutturato**

Phone: 045/8028606/8497/8304 - Fax: 045/8028702

Ufficio.stipendi@ateneo.univr.it

Tax no. 93009870234 – VAT no. 01541040232