

DICHIARAZIONE COLLABORATORI OCCASIONALI

2018/19 v. 07/2018

Dati identificativi					
Cognome			Nome		
Data di nascita		Comune			
Indirizzo					n.
CAP	Comune		Provincia		
Codice Fiscale					
Indirizzo e-mail					
Tel. 1		Tel. 2		Fax	
Modalità di pagamento					
<input type="checkbox"/> BANCA:		CITTÀ		AGENZIA N.	
<input type="checkbox"/> POSTE ITALIANE		CITTÀ		AGENZIA N.	
Check Digit	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE	
IT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Il sottoscritto dichiara in tema di incompatibilità al cumulo di impieghi					
di essere dipendente privato con contratto di lavoro di tipo subordinato					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
di essere dipendente pubblico a tempo parziale sino al 50%					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
di essere dipendente pubblico a tempo pieno					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ente di appartenenza					
Indirizzo di posta elettronica certificata					
ai sensi della Legge n. 240/2010 – art. 18 c. 1 lettere b) e c) , di non avere rapporti di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il Rettore, il Direttore Amministrativo o un componente del consiglio di amministrazione dell'Ateneo.					
Dichiarazione ai fini dell'applicazione dei contributi INPS					
Il sottoscritto dichiara che il totale dei compensi di lavoro occasionale percepiti con questa Università e/o altri enti dal 01/01 c.a. ad oggi:					
<input type="checkbox"/> non supera € 5000.00 ma è di €					
<input type="checkbox"/> supera € 5000.00 e, pertanto, dichiara:					
di essere iscritto alla Gestione Separata INPS					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
di avere altra copertura previdenziale obbligatoria					Si <input type="checkbox"/> cod. prev.le <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No
di essere titolare di pensione diretta <input type="checkbox"/> o indiretta <input type="checkbox"/>					

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con particolare riferimento ad altri redditi di collaborazione occasionale eventualmente conseguiti nell'anno corrente che incidano sull'obbligo o sull'importo del contributo.

Ai sensi del D. Lgs 196/2003 e del regolamento UE 2016/679, i dati personali comunicati con la presente sono utilizzati dall'Università di Palermo, quale titolare del trattamento, solo per le finalità connesse al procedimento per il quale sono resi, le modalità di trattamento sono automatizzate e strettamente necessarie agli scopi sopra elencati.

I dati di contatto del Titolare sono: MAIL: rettore@unipa.it PEC: pec@cert.unipa.it

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati (DPO) sono: MAIL: dpo@unipa.it PEC: dpo@cert.unipa.it

Data

Firma