



**DITEN**

**Dipartimento di Ingegneria Navale, Elettrica, Elettronica e delle Telecomunicazioni  
Scuola Politecnica, Università degli Studi di Genova**

**ALL. B**

**Avviso di selezione n. 6/EOLM del 13/12/2013**

Al Direttore

del Dipartimento di Ingegneria Navale, Elettrica,  
Elettronica e delle Telecomunicazioni - DITEN  
Via Opera Pia 11A  
16145 Genova

**Oggetto: Contratti di diritto privato per attività didattica integrativa di insegnamenti ufficiali ai sensi dell'art. 23, comma 2, Legge 30/12/2010, n. 240 – a.a. 2013/2014**

Il/La sottoscritto/a:

- cognome ..... nome .....
- residenza (Via/P.zza e n. civico) .....CAP ..... città ..... stato .....
- recapito telefonico ..... fax .....
- e-mail ..... codice fiscale .....
- luogo di nascita ..... data di nascita .....
- indirizzo (se diverso dalla residenza) ..... CAP ..... città ..... stato .....
- stato civile ..... (obbligatorio per l'inserimento dei dati nel Libro Matricola INAIL)

modalità di pagamento:

- CIN.....ABI .....CAB.....n. conto .....IBAN .....

(Formato IBAN – Coordinate Bancarie Nazionali – CIN 1 carattere, ABI 5 caratteri, CAB 5 caratteri, Conto Corrente 12 caratteri – tutti preceduti da zeri a sinistra)

chiede l'affidamento per l'a.a. 2013/2014 della seguente **attività didattica integrativa** di insegnamento ufficiale:

.....

Denominazione insegnamento ufficiale .....cod. ....

Titolare insegnamento ufficiale .....

periodo di svolgimento dell'attività (si desume dal calendario ufficiale delle lezioni, vedi All. B/1) .....

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara:

- di essere in possesso del titolo di dottore di ricerca (ovvero titolo equivalente conseguito all'estero) in:  
.....
- di essere titolare di assegno di ricerca per il progetto: .....

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di non essere dipendente di questa o altra università italiana;
- di non essere coniuge di uno dei seguenti soggetti e/o di non avere con gli stessi alcun grado di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso:
  - professori appartenenti al Dipartimento cui è attribuita la responsabilità del/i corso/i di studio cui appartiene l'insegnamento;
  - Rettore dell'Università degli Studi di Genova;
  - Direttore Generale dell'Università degli Studi di Genova ;
  - Componenti del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Genova.

Al fine dell'affidamento in questione, il/la sottoscritto/a fornisce le seguenti dichiarazioni (barrare le voci che interessano e compilare le righe con i dati richiesti):

- 1) La prestazione, da assoggettarsi all'imposta sul valore aggiunto, è resa nell'esercizio dell'arte e della professione** (indicare il n. di partita IV.A. ....)

- ed è da assoggettarsi  
**al contributo integrativo del:**
  - 2% (D.Legislativo 509/94, D.Legislativo 103/96)
  - 4% (ex Decreto Interministeriale del 14/07/2004)

- al contributo a titolo di rivalsa del:**
  - 4% (art. 1 L. 662/96)

**2) La prestazione è resa nell'ambito di un rapporto di Collaborazione Coordinata e Continuativa**

- Al fine dell'applicazione del contributo INPS di cui alla Legge 335/95 art. 2 dichiara inoltre:
  - di essere privo di altra copertura previdenziale obbligatoria (*effettuare iscrizione gestione separata sede INPS di residenza come da facsimile All. B/3*)
  - di non superare la soglia di € 37.883,00 di reddito con altri contratti di collaborazione con l'Università di Genova (*circolare INPS n. 27 del 10 febbraio 2004*);
  - di superare la soglia di € 37.883,00 fino a € 82.401,00 di reddito con altri contratti di collaborazione con l'Università di Genova (*circolare INPS n. 27 del 10 febbraio 2004*).
  - di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria (*compilare All. B/4*)
    - dipendente Pubblica Amministrazione** (*Allegare nulla osta Ente di appartenenza – ved. Fac-simile All. B/5*)
  - che essendo in possesso del requisito del 65° anno di età intende avvalersi degli effetti della L. n. 335/1995 e del D.M. 2 maggio 1996, n. 282 e successive modificazioni ed integrazioni per i quali l'interessato non è soggetto all'iscrizione alla gestione separata INPS avendo presentato richiesta di cancellazione all'ente previdenziale INPS entro il 31.5.2001 (*facoltà esercitata nel quinquennio 1/4/1996 – 31/3/2001*)
  - di essere titolare di pensione (*compilare All. B/4*)
  - di essere iscritto a Cassa Professionale. Dichiara altresì che la prestazione rientra nell'attività professionale per la quale il titolare del contratto è iscritto al proprio Ente di Previdenza
- **soggetti non residenti in Italia** (*ai fini dell'applicazione dell'art. 2 del D.P.R. n. 197*)
  - che dimorerà per più di 183 giorni nel territorio dello Stato Italiano (*obbligato alla presentazione in Italia della dichiarazione dei redditi*)
  - che non dimorerà per più di 183 giorni nel territorio dello Stato Italiano (*compilare All. B/6*)  
**OBBLIGATORIO CODICE FISCALE ITALIANO**; Specificare se esistono Convenzioni Internazionali (*eventuale dichiarazione viste le condizioni delle convenzioni medesime*)
- **casì particolari** (*attività professionale resa da soggetti non titolari di partita iva – no inps*)
  - di essere iscritto a ..... (*con obbligo di versamento alle Casse di appartenenza - es. ENPAB-INPGI - del contributo integrativo del 2%*)
  - di essere iscritto a ..... (ENPAM-ENPAF)

Il/La sottoscritto/a allega inoltre Curriculum Vitae comprendente l'attività scientifica e professionale nonché gli altri titoli ritenuti utili alla valutazione secondo quanto previsto dal presente avviso di selezione per l'affidamento di Attività didattica integrativa di quella ufficiale, nonché ogni altro documento indicato come necessario dal medesimo avviso (allegare alla domanda, ove richiesto, anche All. B/7).

**Il/La sottoscritto/a allega inoltre fotocopia di un valido documento d'identità.**

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la presente domanda non potrà essere accolta se priva anche di parte delle dichiarazioni e/o documenti richiesti.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

Data .....

.....  
(firma leggibile del candidato)

**CALENDARIO LEZIONI A.A. 2013/2014**

I semestre	lezioni 23/09/2013 - 20/12/2013 esami 23/12/2013 - 21/02/2014
II semestre	lezioni 24/02/2014 - 30/05/2014 esami 03/06/2014 - 19/09/2014

**DIPARTIMENTO**

---

Si esprime parere favorevole allo svolgimento del seguente insegnamento ufficiale .....  
..... codice ..... da parte del Dott./Dott.ssa  
....., titolare di assegno per la collaborazione ad attività di ricerca per il  
progetto ..... presso il Dipartimento, nei limiti, alle condizioni e con le  
modalità di cui all'Avviso di selezione n. .... in data ..... per l'affidamento di Insegnamenti ufficiali a soggetti non  
strutturati presso l'Università, ai sensi dell'art. 23, comma 2, Legge 30/12/2010, n. 240 e del Decreto di Ateneo D.R. n.  
444 del 27.3.2013 "Regolamento per lo svolgimento di attività didattica ed il conferimento di incarichi di insegnamento  
nei corsi di laurea, laurea magistrale e di specializzazione".

Il Direttore del Dipartimento

.....

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE SEPARATA DI CUI  
ALL'ART. 2 COMMA 26 DELLA LEGGE 8 AGOSTO 1995 N. 335**

ALLA SEDE DI \_\_\_\_\_

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
cognome / nome gg mm aa

residente a: \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_

P. IVA: \_\_\_\_\_

**COMUNICA CHE**

1) Dal giorno \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ svolge la seguente attività: \_\_\_\_\_

2) Per l'attività di cui al precedente punto 1 è ISCRITTO al seguente ALBO PROFESSIONALE:

3) Per l'attività di cui al precedente punto 1 non ha l'obbligo di iscrizione a Fondi o Casse pensioni

4) L'attività di cui al precedente punto 1 consiste in una COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA svolta a favore del/i seguente/i committente/i:

COMMITTENTE N. 1: \_\_\_\_\_  
cognome/nome oppure denominazione della ditta

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ N. Telef. \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sede Amministrativa o Filiale: Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

COMMITTENTE N. 2: \_\_\_\_\_  
cognome/nome oppure denominazione della ditta

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ N. Telef. \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sede Amministrativa o Filiale: Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_  
(leggibile)

per chi ha barrato la casella sub. 1) punto 2° della domanda "MOD. B"  
"di essere in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria"

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
professore a contratto per l'Anno Accademico \_\_\_\_\_ 2013/2014 \_\_\_\_\_

dichiara di essere in possesso della seguente copertura previdenziale obbligatoria (barrare la casella corrispondente):

0	Pensionati	001	Pensionati di tutti gli Enti pensionistici obbligatori (titolari di pensione non diretta)
		002	Titolari di pensione diretta
1	Assicurati di altre forme assicurative obbligatorie	101	Fondo pensioni lavoratori dipendenti
		102	Artigiani
		103	Commercianti
		104	Coltivatori diretti, mezzadri e coloni
		105	Versamenti volontari
		106	Versamenti figurativi (CIG, ecc.)
		107	Fondi speciali
2	I.N.P.D.A.P.	201	Dipendenti da Enti Locali e Dipendenti delle Amministrazioni dello Stato
3	Casse previdenziali professionisti autonomi	301	Dottori commercialisti
		302	Ragionieri
		303	Ingegneri e architetti
		304	Geometri
		305	Avvocati
		306	Consulenti del lavoro
		307	Notai
		308	Medici
		309	Farmacisti
		310	Veterinari
		311	Chimici
		312	Agronomi
		313	Geologi
		314	Attuari
		315	Infermieri professionali, Assistenti Sanitari, Vigiliatrici d'infanzia
		316	Psicologi
		317	Biologi
		318	Periti industriali
		319	Agrotecnici, Periti agrari
		320	Giornalisti
		321	Spedizionieri (fino al 31-12-1998)
4	I.N.P.D.A.I.	401	Dirigenti d'Azienda
5	ENPALS	501	Lavoratori dello spettacolo
6	I.P.O.S.T.	601	Lavoratori Poste Italiane S.p.A.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

(Leggibile)

**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI INGEGNERIA NAVALE,  
ELETTRICA, ELETTRONICA E DELLE TELECOMUNICAZIONI -  
DITEN**

Con riferimento alla richiesta di presentazione di

- Nulla osta dell'ente di appartenenza
- .....(specificare certificazione)
- .....(specificare documento)

di cui all'Avviso di selezione n. ....del .....per l'affidamento di Attività didattica ufficiale a soggetti non strutturati presso l'Università per l'a.a.2013/2014, il sottoscritto candidato - presentata la domanda nei termini per lo svolgimento dell'insegnamento ufficiale di ..... codice ..... senza la suddetta documentazione -  
chiede

che tale domanda sia accolta in via provvisoria perché accompagnata dalla richiesta formale da parte del candidato stesso della documentazione di cui sopra al soggetto competente a rilasciare tale documentazione.

Dichiara

inoltre di essere informato del fatto che non si potrà, in ogni caso, procedere alle ulteriori incombenze necessarie per l'eventuale affidamento dell'Attività didattica prima che pervenga la suddetta documentazione.

Dichiara

altresì di accettare in ogni caso il fatto che, trascorsi 21 giorni dalla scadenza dell'avviso di selezione senza che sia pervenuta tale documentazione, la domanda eventualmente accolta in via provvisoria potrà essere ritenuta definitivamente non accoglibile.

Data .....

FIRMA: .....  
(leggibile)

## SOGGETTO NON RESIDENTE

### DATI IDENTIFICATIVI

Cognome .....

Nome (per esteso) .....

Codice identificazione fiscale estero (\*) .....

Codice fiscale italiano

*(campo obbligatorio)*

Località di nascita ..... Stato estero.....

Data di nascita .....

Località di residenza ..... Stato estero.....

Indirizzo.....

Cittadinanza .....

Domicilio in Italia .....

*(campo obbligatorio)*

Località in cui è svolta l'attività .....

**Per i cittadini di paesi non appartenenti alla Comunità Europea (che soggiornano in Italia per più di 3 mesi) allegare copia del permesso di soggiorno**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

DATA .....

FIRMA: .....

*(leggibile)*

*(\*) Motivare se non in possesso*



**DIPARTIMENTO DI INGEGNERIA NAVALE, ELETTRICA,  
ELETTRONICA E DELLE TELECOMUNICAZIONI - DITEN**

Ai sensi e per gli effetti di cui all'avviso di selezione n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per l'affidamento di insegnamenti ufficiali a soggetti non strutturati presso Università ai sensi dell'art. 23, comma 2, della Legge 240/2010 e della ulteriore normativa vigente in materia a.a. 2013/2014

si certifica

con riferimento al/alla Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

ed allo svolgimento dell'INSEGNAMENTO \_\_\_\_\_

CODICE \_\_\_\_\_, la qualificazione dell'attività di ricerca svolta, di durata continuativa non inferiore ad un triennio nello specifico settore di conoscenze richieste per l'incarico così come segue:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore

\_\_\_\_\_