**MODULO DI ACCETTAZIONE**

**DI ATTIVITÀ DI TUTORATO SPECIALIZZATO A.A. 2017/18**

# Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_

Domicilio Fiscale (se diverso):

Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

Recapito per eventuali comunicazioni: tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### DICHIARA

di accettare, in base alla graduatoria approvata con Decreto Rettorale rep. n.  972/2017, prot. n. 66595 del 10 luglio 2017, l’incarico per lo svolgimento dell’attività di tutorato specializzato A.A. 2017/18, così come previsto da Bando per l’attivazione di n. 5 assegni per l’incentivazione della attività di tutorato specializzato della durata massima di 12 mesi da destinarsi a studentesse e studenti seniori – peer tutor; emanato con Decreto Rettorale rep. n. 774/2017, prot. n. 49577 del 6 giugno 2017.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## DICHIARA

1. che ha provveduto/provvederà (barrare l’ipotesi che non interessa) all’iscrizione presso la sede competente INPS, così come previsto dall’art. 1, terzo comma, legge 170/2003.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria c/o l’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del **25,00%** In caso di variazione della propria posizione s’impegna a comunicarla al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva nella misura del **32,72%.**

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere titolare di pensione diretta quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del **25,00%.** In caso di variazione della propria posizione s’impegna a comunicarla al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva nella misura del **32,72%**.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del **32,72%**. In caso di variazione della propria posizione s’impegna a comunicarla al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva nella misura del **25,00%.**

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. che non ha superato il limite contributivo annuo di € **100.123,00** (valevole per l’anno in corso) e pertanto autorizza l’amministrazione in indirizzo ad operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare l’eventuale superamento del limite al fine di permettere l’interruzione della ritenuta ed evitare all’Ente il versamento di importi non dovuti. In difetto si dichiara disponibile alla restituzione all’Ente medesimo delle somme indebitamente accreditate nella sua gestione separata INPS per effetto della sua stessa omissione in attesa del rimborso da parte del medesimo INPS.

### Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La scrivente conferma che, ai fini fiscali e previdenziali, la propria posizione si identifica nella fattispecie sopra descritta e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l’Università degli Studi di Ferrara da qualsiasi responsabilità in merito.

**Ai sensi del D.lgs. 196 del 30/06/03** il/la sottoscritto/a dà il consenso al trattamento dei propri dati per l’esecuzione delle operazioni connesse con l’espletamento della pratica contrattuale in premessa, nonché per finalità statistiche.

Il/La sottoscritto/a acconsente, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n.196, al trattamento dei propri dati personali.

Il/La sottoscritto/a acconsente alla pubblicazione del curriculum vitae sul sito dell’Università di Ferrara.

### Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna a fornire al Servizio Disabilità e DSA, al termine dell’attività di collaborazione, il modulo di rilevazione ore corredato dalla relazione finale, entrambi sottoscritti da un/una referente del Servizio Disabilità e DSA. In difetto l’Amministrazione non potrà procedere al pagamento.

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di richiedere le sottoindicate modalità di pagamento:

*In contanti*, presso la Tesoreria dell’Università, CASSA DI RISPARMIO IN BOLOGNA SPA (CARISBO - Gruppo INTESA SAN PAOLO) - Via Santo Stefano 39 - 40125 Bologna

Tramite *accredito sul conto corrente* presso

Denominazione Istituto

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAESE** | | CIN EUR | | **CIN** | **BANCA (ABI)** | | | | | **AGENZIA (CAB)** | | | | | **CONTO CORRENTE** | | | | | | | | | | | |

IBAN – Coordinate Bancarie Internazionali **(TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)**

Codice bic o swift Intestazione Conto

IN CASO DI BONIFICO SU CONTO CORRENTE ESTERO VA INDICATO ANCHE IL CODICE **BIC O SWIFT.**

TUTTI I DATI RICHIESTI SONO RICAVABILI DALL’ESTRATTO CONTO INVIATO DALLA PROPRIA BANCA.

Tramite *assegno circolare non trasferibile* (con spese bancarie e postali a carico del beneficiario) da spedire al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si precisa che tutti i dati personali saranno trattati secondo quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003.

In caso di dati mancanti o incompleti l’Università non è responsabile per il mancato o ritardato pagamento.

Ferrara, li firma