



DICHIARAZIONE PER TUTOR D.M. 1047/2017 e D.M.989/2019

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____

Nato/a a _____ (Prov.) _____ il _____

Residente a _____ (Prov.) _____ CAP _____

(Via,vico,ecc) _____ N. _____

Domicilio Fiscale (se diverso) _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

CHIEDE

che il pagamento del compenso relativo all'attività di Tutor art.3 D.M. 1047/2017 o art.4 D.M. 989/2019 venga corrisposto secondo le seguenti modalità di pagamento:

Versamento in conto corrente

CODICE IBAN _____

BANCA/POSTA _____ AGENZIA N. _____

Indirizzo _____ Città _____

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 di essere:

dipendente presso _____

in Via _____ n. _____ Comune _____

Codice Fiscale _____ Partita I.V.A. _____



N.B.: Per i dipendenti pubblici si rammenta la necessità del **nulla osta preventivo** dell'Amministrazione di appartenenza in ottemperanza secondo quanto previsto dall'**art. 53 del D.Lgs. 165/2001**

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato nel periodo dal _____ al _____

Agli effetti dell'applicazione del contributo previdenziale INPS Legge 335/1995

1) **CHE** ha **provveduto / provvederà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) all'iscrizione alla gestione separata presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96.

Firma _____

2) **DI**

- essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** e/o di trattamento pensionistico (diretta o indiretta) o di reversibilità c/o l'Ente _____, quindi soggetto alla gestione contributiva **nella misura del 24%. In caso di variazioni** della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva
- non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria** e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità; quindi soggetto alla gestione contributiva **nella misura del 33,72% più 1,31%** per i casi previsti dalla circolare INPS n. 25 del 11/02/2022. **In caso di variazioni** della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

SELEZIONARE UNA OPZIONE PRIMA DI FIRMARE

Firma _____

3) di **superare il limite di reddito annuo di € 105.014,00** e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva gestione separata INPS.

Firma _____



PRENDE ATTO

che l'Università degli Studi di Cagliari è titolare del trattamento dei dati personali ai sensi delle norme del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, e del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs. 196/2003, nel rispetto della dignità umana, dei diritti e delle libertà fondamentali della persona.

L'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato COLLABORATORI è pubblicata sul sito https://www.unica.it/unica/it/utility_privacy.page.

E dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato COLLABORATORI.

Firma _____

S'IMPEGNA

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

ALLEGATI: _____

Cagliari, _____

FIRMA DELL'INTERESSATO
