NOTE ALLA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE

A cosa serve la dichiarazione

La presente dichiarazione sostituisce i certificati. Sarà compito dell'Università controllare successivamente il contenuto della dichiarazione.

Quando si presenta

La dichiarazione sostitutiva va presentata prima dell'inizio dell'attività.
Deve inoltre essere presentata tempestivamente ogni volta si verifichino delle variazioni nei dati dichiarati.

Com'è fatta la dichiarazione

La dichiarazione sostitutiva è composta da due sezioni:

Sezione 1 – Dati anagrafici e modalità di pagamento
Sezione 2 – Dati previdenziali

SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI E MODALITA' DI PAGAMENTO

Dati anagrafici
Vanno indicati quelli del dichiarante. Il dichiarante deve indicare:
-Cognome (se donna coniugata, il cognome da nubile), nome, sesso, codice fiscale (ove possibile verificare il tesserino del CF o chiederne copia da tenere agli atti), comune di nascita (se nato all'estero, indicare **solo** lo stato estero di nascita), residenza e, solo se diverso da questa, domicilio fiscale.
Per **residenza** s'intende il luogo della dimora abituale
Per **domicilio fiscale** s'intende il comune nella cui anagrafe si è iscritti.
Per le persone fisiche, di regola, residenza e domicilio fiscale coincidono.

Modalità di pagamento
Versamento su conto corrente bancario e Banco Posta: per garantire il buon esito del pagamento il conto deve essere intestato al dichiarante oppure questi deve risultare tra i cointestatari.
COD. IBAN**: 27 caratteri alfanumerici**

MODULO B

Va compilato dai soggetti titolari di borsa di dottorato di ricerca

Punto B.1
L'aliquota INPS per i periodi in cui viene svolta contestualmente attività di lavoro subordinato (riguarda coloro che sono già assicurati presso altre forme di previdenza obbligatorie) è del **24,00%,** di cui 1/3 carico soggetto e 2/3 carico ente.
Si precisa che sono dipendenti pubblici o privati **solo** coloro che hanno un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato (ad esempio, **non** sono dipendenti i borsisti, i dottorandi di ricerca, gli assegnisti, i collaboratori coordinati e continuativi).
Per tutti coloro che non risultano assicurati a forme pensionistiche obbligatorie, oltre alla gestione separata, l'aliquota contributiva applicabile è pari al **35,03%,** di cui 1/3 carico soggetto e 2/3 carico ente.

Punto B.2
Indicare espressamente la gestione o cassa di previdenza, **diversa dalla gestione previdenziale INPS legge 335/95**, presso la quale si versano contributi previdenziali.
In questo caso l'aliquota INPS è del **24,00%,** di cui 1/3 carico soggetto e 2/3 carico ente.

Punto B.3
Per i titolari di **pensione diretta**, **indiretta o di reversibilità** l'aliquota INPS è del **24,00%.**
L'aliquota è ripartita in 1/3 carico soggetto e 2/3 carico ente.

Punto B.4
Se il soggetto non è iscritto all'INPS può iscriversi:
- on line dal sito www.inps.it

INFORMATIVA AI FINI DELLA PRIVACY

S'informa che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

Da presentare in ALLEGATO al modulo "Dichiarazione anagrafica anno 2026":

- **Fotocopia CODICE FISCALE**
- **Fotocopia DOCUMENTO D'IDENTITA' valido**
- **Fotocopia Iscrizione gestione separata INPS**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	NOME	SESSO	
		M	F

DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.(sigla)

CODICE FISCALE

RESIDENZA:

VIA E NUMERO	COMUNE	CAP	PROV.(sigla)

DOMICILIO FISCALE: (da compilarsi solo se diverso dalla residenza)

VIA E NUMERO	COMUNE	CAP	PROV (sigla)

Indirizzo E-MAIL (dato obbligatorio)	**TELEFONO**	**FAX**	**CELLULARE**
…… ……@unicz.it			

CHIEDE CHE IL PAGAMENTO DEL COMPENSO VENGA EFFETTUATO MEDIANTE:

❑ VERSAMENTO SU C/C BANCARIO/BANCOPOSTA:

INTESTATO A: _____

COD. IBAN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BANCA _____ CITTA' _____ AGENZIA N° _____

Data……

Firma del dichiarante ……

SEZ. 2 : DATI PREVIDENZIALI – Titolari di borsa di DOTTORATO DI RICERCA

Modulo B (barrare le caselle che interessano, v. la "guida alla compilazione")

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

B.1) DI ESSERE DIPENDENTE ☐ **PUBBLICO** ☐ **DI AVER RICHIESTO L'AUTORIZZAZIONE ALL'ENTE DI APPARTENENZA (solo per i dipendenti pubblici)**

Ente di appartenenza: **Denominazione:** …….

Indirizzo: ……..

Codice Fiscale: ……..

B.1) DI ESSERE DIPENDENTE ☐ **PRIVATO**

B.2)

☐ **DI ESSERE** ISCRITTO/A ALLA SEGUENTE CASSA OBBLIGATORIA PER I VERSAMENTI DEI CONTRIBUTI PREVIDENZIALI (ENPAM, ENPAF, ENPAV, INPS gestione ordinaria, etc.)

……..

B.3)

☐ **DI ESSERE**

☐ TITOLARE DI PENSIONE DIRETTA

☐ TITOLARE DI PENSIONE INDIRETTA o REVERSIBILITA'

B.4)

☐ **DI ESSERE ISCRITTO (O SI IMPEGNA AD ISCRIVERSI)** ALLA GESTIONE SEPARATA INPS L.335/95

Data…… Firma del dichiarante ……