UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI TRENTO

Direzione Risorse Umane e Organizzazione

Divisione gestione rapporto di lavoro PTA e retribuzioni
Ufficio Retribuzioni

DICHIARAZIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE AL PAGAMENTO DEI COMPENSI RELATIVI AI REDDITI ASSIMILATI A LAVORO DIPENDENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - AUTOCERTIFICAZIONE
(art. 2 L. 4.01.1968 n. 15, modificato dall'art. 3 L. 15.05.1997, n. 127 e art. 1 D.P.R. 20.10.1998, n. 403)

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente_____ in via _____ n. _____ Località _____

C.A.P. _____ comune _____ Provincia _____

telefono_____ cell. _____ e-mail_____

□ **domicilio fiscale al 01/01/_____:** (anno di pagamento compenso)

residente a_____ comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

con riferimento al **contratto** di affidamento incarico di insegnamento A.A. _____ presso dipartimento _____

presa visione delle avvertenze relative alla compilazione della presente dichiarazione e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 26 della L. 4.1.1968, n. 15, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera (art. 11, comma 3, D.P.R. 403/98),

dichiara

di richiedere l'applicazione dell'aliquota fiscale pari al ☐ 23% ☐ 25% ☐ 35% ☐ 43%

Modalità di pagamento: Accredito diretto sul c/c bancario/banco posta n.

COD. PAESE		CIN IBAN		CIN	ABI					CAB					NUMERO DI CONTO CORRENTE											

presso l'Istituto _____ Agenzia _____

Il sottoscritto s'impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione eventuali variazioni che dovessero intervenire rispetto alla situazione sopra illustrata.

Dichiara inoltre di essere stato informato che i dati personali inseriti nella presente dichiarazione saranno conservati negli archivi cartacei e informatici dell'Università ed utilizzati unicamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'ente. Dichiara inoltre di aver ricevuto l'informativa prevista dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 nr. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

data _____ firma _____

Via Verdi, 6 – Molino Vittoria, 1° piano - 38122 Trento, Italy -Tel. +39 0461/283331, Fax +39 0461/282978