



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA  
DIREZIONE FINANZA E CONTROLLO  
Trattamenti Economici

**DICHIARAZIONE PER TITOLARI DI BORSE DI STUDIO PER DOTTORATO DI RICERCA  
POST-LAUREA (Legge 210/1998 art. 4)**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o atto di notorietà a norma del DPR 445/2000**  
**Substitute declaration of certification and/or notary act, in accordance with Presidential Decree 445/2000**

***Il modulo deve essere debitamente compilato nelle parti che interessano.***  
*Si prega di non omettere informazioni necessarie per la corretta gestione delle posizioni*

***The applicable parts of the form must be filled in.***  
*Please do not omit information necessary for the correct management of your position.*

Il/La sottoscritto/a ( <i>The undersigned</i> ) _____	
Codice Fiscale ( <i>Fiscal Code</i> ) _____	
Nato/a a ( <i>Born in</i> ) _____	Prov.( <i>Town, Country</i> ) _____
il ( <i>date of birth</i> ) _____	Cittadinanza ( <i>Citizenship</i> ) _____
Residente a ( <i>Resident in</i> ) _____	Prov ( <i>Town, Country</i> ) _____
CAP ( <i>Zipcode</i> ) _____	Via ( <i>Street</i> ) _____ nr. _____
<u>Domicilio FISCALE</u> , se diverso dalla residenza ( <i>Fiscal domicile, if different from the place of residence</i> )	
Via ( <i>Street</i> ) _____	nr. _____
Prov. ( <i>Town, Country</i> ) _____	CAP ( <i>Zipcode</i> ) _____
Recapito per eventuali comunicazioni ( <i>Address for any communication</i> ):	
telefono ( <i>telephone</i> ) _____	fax _____
e-mail _____	
Titolo di Studio ( <i>University degree</i> ) _____	
Iscritto al Corso di Dottorato in ( <i>Enrolled in the PhD program in</i> ) _____	

**CHIEDE / HEREBY REQUESTS**

**che il pagamento del compenso venga corrisposto secondo le seguenti modalità di pagamento**  
***that the payment of the amounts due be made according to the following means of payment***

**TRASFERIMENTO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO SOTTO RIPORTATO (BANK TRANSFER TO THE CURRENT ACCOUNT REPORTED BELOW)****BONIFICO VERSO PAESI EUROPEI (BANK TRANSFER TO EUROPEAN COUNTRIES)**

**ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI (Attention: only for a Bank Account of which you are the HOLDER OR CO-HOLDER)**

Titolare conto (Account holder): \_\_\_\_\_

Nome della banca (Bank name): \_\_\_\_\_

Agenzia (Branch nr.): \_\_\_\_\_

Indirizzo bancario (Bank address): \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN (IBAN CODE)**

Codice Paese Country Code	Cin Eur (2 digits)	Cin (1 char.)	ABI (5 digits)	CAB (5 digits)	C/C (12 caratteri alfanumerici) (12 characters/digits)
_ _	_ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**CODICE BIC/SWIFT BIC/(SWIFT CODE):** \_\_\_\_\_

**BONIFICO VERSO ALTRI PAESI (BANK TRANSFER TO OTHER COUNTRIES)**

**ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI (Attention: only for a Bank Account of which you are the HOLDER OR CO-HOLDER)**

Titolare conto (Account holder): \_\_\_\_\_

Nome della banca (Bank name): \_\_\_\_\_

Agenzia (Branch nr.): \_\_\_\_\_

Indirizzo bancario (Bank address): \_\_\_\_\_

Numero di conto (Account Number): \_\_\_\_\_

**CODICE BIC/SWIFT (BIC/SWIFT CODE):** \_\_\_\_\_

**ABA ROUTING (per conti correnti americani / for American bank accounts):** \_\_\_\_\_

Ai fini della copertura previdenziale DICHIARA, altresì

*For social security contribution purposes, DECLARES*

(La firma della lettera A va accompagnata dalla firma di una delle successive lettere a1, a2, a3. La mancata sottoscrizione dei campi sotto indicati comporterà il mancato pagamento fino al momento della regolarizzazione della posizione previdenziale.)

*(The signature of letter A requests to sign ONE of the following letters a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>. The failure to sign the fields below will result in non-payment of scholarship instalments until the regularization of insurance status.)*

- A** che ha **provveduto/provederà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) **all'iscrizione alla Gestione separata presso la sede competente INPS** (ex art. 4, DL 166/96). *That he/she has provided for/will provide for (cross out the choice that does not apply) registration at the competent INPS office, in accordance with Article 4, Legislative Decree n. 166/96.*

Firma (Signature) \_\_\_\_\_

- a<sub>1</sub>** di essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria c/o l'Ente Previdenziale \_\_\_\_\_ (INPS, INPDAP, ecc.) e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, 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. *That he/she is a worker holding*

*another type of obligatory social security coverage c/o the social security administration of (INPS, INPDAP) \_\_\_\_\_ or a retired worker (direct or indirect) and therefore subject to management of a 24% contribution. In the event of variations in his/her position, the interested party hereby promises to communicate said variations to the administration in order to provide for correct management of contributions.*

Firma (Signature) \_\_\_\_\_

- a<sub>2</sub>) **di non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità** e quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 34,23% (aliquota 2020). In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva. *That he/she is not subject to obligatory social security coverage and/or indirect or transferable pension treatment and is therefore subject to management of a 34,23% (2020 tax rate) contribution.*

Firma (Signature) \_\_\_\_\_

- a<sub>3</sub>) **di superare il massimale di reddito annuo di € 103.055,00 (2020) per redditi assoggettati a contributi previdenziali presso la Gestione separata** e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva. *That he/she possesses income exceeding the annual limit of € 103.055,00 (2020) and therefore invites this administration not to withhold a contribution for separate INPS management.*

Firma (Signature) \_\_\_\_\_

Il/La scrivente conferma che, ai fini fiscali e previdenziali, la propria posizione si identifica nelle fattispecie sottoscritte dal medesimo/a e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, **nonchè a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Università degli Studi di Verona da qualsiasi responsabilità in merito.**

**Ai sensi della D.lgs. del 30/06/2003 n.196** il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei propri dati per l'esecuzione delle operazioni connesse con l'espletamento della pratica contrattuale in premessa, nonchè per finalità statistiche.

*The undersigned confirms that for fiscal and social security purposes, his/her position is as indicated in these documents. The undersigned hereby promises to respect the relative dispositions and to communicate in a timely manner any variations, exonerating the University of Verona from any responsibility in this connection.*

*In accordance with Legislative Decree 196 of 30/6/2003, the undersigned consents to treatment of his/her personal data for performance of the operations connected with processing of the contract indicated in the premise and for statistical purposes.*

Data \_\_\_\_\_

Firma (Signature) \_\_\_\_\_