**ALLEGATO A**

**DOMANDA DI CONTRATTO DI DIRITTO PRIVATO PER INSEGNAMENTO**

Al Direttore del dipartimento di culture del progetto

dell'Università Iuav di Venezia

AFRU/DRUO - Servizio concorsi e carriere personale docente

Santa Croce ‑ Campo della Lana, 601

30135 VENEZIA

**INS05aDSS-2013-14 – procedura di valutazione comparativa per il conferimento di contratti di diritto privato per l’insegnamento sui Percorsi Abilitanti Seciali (PAS) - a.a. 2013/14**

**Il/la… sottoscritto/a** ………………………………………………………………………………….

nat… a …………………………… prov……………., il ……………………………..………………

C.F. (codice fiscale) …………………………………….…

residente in .............................................………. prov. ………

via ..........................…………………………................ n. ....…. (c.a.p. .................... )

tel.....………..……........….../ cell ………………………….

e-mail ……………………………………………...………..

P.I. (partita iva) ……………………………………………..

chiede

**di partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di contratto di diritto privato per l’insegnamento , sui Percorsi Abilitanti Seciali (PAS) - a.a. 2013/14 – indetta con avviso INS05aDSS-2013-14**

**Laboratorio/insegnamento:**

**Dichiara, sotto la propria responsabilità:**

* di essere cittadin… (nazionalità) ……………………………………..…………………………
* di godere dei diritti politici
* di non avere riportato condanne penali e di non aver carichi penali pendenti (in caso contrario specificare gli estremi delle relative sentenze, nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti)
* di aver la seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva:………………..………………
* di essere in possesso del/dei seguente/i titolo/i di studio:……………………………………………

conseguito presso ………………………………………………………………………………….

data:……………………….………; votazione:……………………………………..………………

* di **non avere** un grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con il Rettore, il Direttore Generale, un componente del Consiglio d'Amministrazione o con un professore afferente alla struttura che attribuisce il contratto
* di **non essere** iscritto a corso di dottorato di ricerca ai sensi del Regolamento interno dell’Università Iuav di Venezia in materia di dottorato di ricerca
* di **non essere** studente iscritto ai corsi di laurea e ai corsi di laurea specialistica dell’Università Iuav di Venezia
* di essere/non essere titolare di assegno di ricerca presso Iuav – dipartimento, o presso altra Università:

………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

* di essere/non essere lavoratore dipendente privato presso ………………………………………………… ………………………………………….. con la qualifica di …………………………………………………………………….…………………
* di essere**/**non essere pubblico dipendente presso …………………………………………………………. …………………………………………. con la qualifica/categoria ………………………………………;

di essere consapevole, in caso affermativo; ai sensi del D.Lgs 165/2001, dell’obbligo di richiedere all’Amministrazione di appartenenza la prevista autorizzazione

* di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego press una pubblica amministrazione
* di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini stranieri)
* di essere a conoscenza che il contratto di diritto privato per attività di insegnamento, non configura in alcun modo rapporto di lavoro dipendente
* di essere/non essere disponibile a svolgere l’insegnamento a titolo gratuito

**Il/la sottoscritto/a** dichiara di voler ricevere le comunicazioni da parte di codesto Ateneo, ai fini della presenta selezione, al seguente recapito:

comune ....................…….......... (prov. .............) via ...........................................………. n. .......... c.a.p. ........................... tel. ………...........................;

Il/la sottoscritt… si impegna a far conoscere le future ed eventuali variazioni rispetto all’indirizzo sopra riportato.

**Il/la sottoscritt… allega alla presente:**

1. **curriculum vitae datato e firmato**
2. **copia fotostatica di un valido documento d’identità.**

Il/La sottoscritt....., infine, esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D.lgs n. 196 del 30 giugno 2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura di valutazione comparativa.

**Luogo e data ..................................... Firma .................................................................**

modulo 2014

**MODULO DATI PERSONALI (tributari, previdenziali e fiscali)**

***(NOTA BENE L’incompleta o non corretta compilazione della presente dichiarazione comporta l’impossibilità, ovvero il ritardo della stesura dell’eventuale contratto)***

***DATI ANAGRAFICI***

COGNOME E NOME …………………………………………………………………………………...

LUOGO E DATA DI NASCITA …………………………………………………………………………

RESIDENZA Via…………………………………………………. …………………………………….

Comune ……………..……………………………………… C.A.P. ……………… Prov…………….

DOMICILIO FISCALE (indicare solo se diverso dalla residenza)

VIA…………………………………………………………………………………………………………

Comune ……………..……………………………………… C.A.P. ……………… Prov…………….

Telefono …………………………………cellulare………………………………………………………

Indirizzo posta elettronica ……………………………………………………………………………….

***CODICE FISCALE :***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***(compilare solo se residenti all’estero):***

codice identificativo estero o n. del passaporto:……………………………………………………..

***MODALITA' DI PAGAMENTO:***

* Rimessa diretta ( solo per importi inferiori ai 1.000 euro)
* Accreditamento su c/c c/o Banca ……………………………………………………………….…

Agenzia/Filiale …………………………………………………………………………………….…

Indirizzo ………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Coordinate bancarie internazionali* ***(IBAN)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Paese** | | **Check (n.)** | | **CIN** | **ABI** | | | | | **CAB** | | | | | **N. CONTO (12 cifre)** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***(compilare solo se residenti all’estero)****:* codice SWIFT o BIC ……………………………………

***POSIZIONE TRIBUTARIA (barrare la casella che interessa)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soggetto con partita IVA  ***(in caso affermativo indicare il numero .........................................................)***  ***se SI indicare se Studio Associato:***  ***Ragione sociale***  ***P.Iva………………………………C.F………………………………………….***  ***Sede legale*** | SI | NO |
| Esercita attività libero professionale | SI | NO |
| Esercita attività di impresa | SI | NO |
| L’attività oggetto di contratto rientra nell’attività per la quale è stato rilasciato numero di partita IVA | SI | NO |
| Professionista con regime fiscale agevolato (ex art. 13 L388/2000) | SI | NO |
| Professionista con regime fiscale agevolato ex art. 27 D.L. 98/2011 c. 1 e 2 | SI | NO |

***(compilare solo se residenti all’estero):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assolve i debiti di imposta nel paese di residenza e chiede l’applicazione della Convenzione bilaterale | SI **(a)** | NO **(b)** |
| Iscritto a gestione separata INPS o a gestione obbligatoria nel paese di residenza (se comunitario) (obbligatoria se si indica NO nella domanda precedente) | SI | NO |

1. Soggetto fiscalmente residente all’estero, che risulta esente dalle ritenute in relazione a quanto disposto con la Convenzione Internazionale Bilaterale contro le doppie imposizioni fra lo Stato di residenza e l'Italia.

**Allega documentazione attestante la residenza all'estero ai fini fiscali rilasciata dall'ufficio fiscale estero competente nell’anno in cui viene erogato il compenso, tradotta in italiano e la dichiarazione, per avvalersi della convenzione bilaterale contro le doppie imposizioni fiscali.**

1. Soggetto residente all’estero, i cui compensi vengono assoggettati alla ritenuta del 30% non risultando esistente convenzione internazionale contro le doppie imposizioni fra lo Stato di residenza e l'Italia e/o non risultando applicabile dalla convenzione esistente l'esonero dal pagamento delle imposte in Italia e/o non intendendo richiedere al sostituto l'applicazione del trattamento convenzionale

***POSIZIONE PREVIDENZIALE (COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE)(barrare la casella che interessa)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| E’ iscritto alla gestione separata INPS\* | SI | NO |
| E’ dotato di altra copertura previdenziale obbligatoria  ***se SI specificare quale\*...........................................................................*** | SI (a) | NO (b) |
| E’ titolare di pensione diretta | SI (a) | NO |

1. Soggetto alla gestione contributiva nella misura del 22%
2. Soggetto alla gestione contributiva nella misura del 28,72%

\* obbligatoria l’iscrizione per chi non emette fattura

***(per titolari di P. IVA e non): (barrare la casella che interessa)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Esercita rivalsa | 2% | 4% | 2% e 4% |
| E’ iscritto a cassa cui deve contribuire anche per co.co.co | | SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| E’ iscritto all’INAIL  se SI indicare codice di iscrizione………………………………  sede di competenza………………………………………………  numero addetti o associati ……………………………………. | SI | NO |

***POSIZIONE FISCALE***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Applicazione aliquota IRPEF fissa del ……………%, e non effettuazione conguaglio | | | | | |
| Non applicazione detrazioni (Art. 13 TUIR lavoro dipendente) | | | | | |
| Applicazione detrazioni per carico di famiglia per: | | | | | |
|  | ***Nome e cognome*** | ***luogo e data di nascita*** | ***n.*** | ***%*** | ***Codice fiscale*** |
| Coniuge a carico |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Figli o altri familiari a carico |  |  | 1 |  |  |
|  |  |  | 2 |  |  |
|  |  |  | 3 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Figli entro i tre anni |  |  | 1 |  |  |
|  |  |  | 2 |  |  |
|  |  |  | 3 |  |  |

**Dichiara inoltre di *ESSERE PUBBLICO DIPENDENTE*** :

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

|  |
| --- |
| se SI indicare:  Ente: ……………………………………………………………………………………………………………………….  C.F………………………………………………..E P.IVA……………………………………………………………….  Indirizzo ………………………………………………………………………………………..…………………………..  e di essere tenuto, ai sensi dell’art.53, commi 6 e 7, del Dlgs. 30 marzo 2001 n. 165, **a richiedere all’Amministrazione di appartenenza la prevista autorizzazione e di essere consapevole che se tale autorizzazione non perverrà, da parte dell’Amministrazione di appartenenza, il conferimento del presente incarico non avrà alcuna validità** |

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni alla situazione sopra riportata.

**Luogo e data ..................................... Firma .................................................................**

La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma ai sensi dell'art. 39 comma 1 del DPR 445/2000.