****

**Modello D**

 **AL MAGNIFICO RETTORE**

**UNIVERSITÀ DEL SALENTO**

 **Viale Gallipoli, 49**

 **73100 – LECCE**

**Il sottoscritto**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cognome |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **nome** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **codice fiscale** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Luogo di nascita** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **provincia** |  |  | **Stato** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data di nascita** |  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cittadinanza |  |  |
| **Residenza:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indirizzo** |  | **Numero** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Località** |  | **Provincia** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **C.a.p.** |  |  |  |  |  | **Stato** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Telefono** |  | **Cell.** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **E-mail** |  |  |

Iscritto al corso di dottorato di ricerca in “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” – \_\_\_\_\_\_\_ Ciclo - al fine dell’ammissione a pagamento delle proprie competenze, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/00 in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

* **di essere iscritto alla Gestione separata INPS (allegare la ricevuta del protocollo di iscrizione)**
* [ ]  di essere iscritto / [ ]  di non essere iscritto ad altra forma previdenziale al fine della tassazione INPS di cui alla Legge 335/95 (*in caso affermativo* indicare l’Ente Previdenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* **di essere in possesso del codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, allegando copia fotostatica del tesserino rilasciato dal Ministero delle Finanze;**

**CHIEDE**

* di riscuotere quanto spettante mediante:

[ ]  Assegno da ritirarsi presso l’ente tesoriere dell’Università

[ ]  Accredito su c/c (*il conto corrente* ***deve*** *essere intestato al dottorando*) [ ]  Bancario [ ]  Postale

in essere presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come da seguenti coordinate bancarie/postali:

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

**NAZ. IBAN CIN ABI CAB CC**

**BIC SWIFT** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare anche, ove possibile, fotocopia della stringa delle coordinate).

Il sottoscritto allega al presente modulo la ricevuta **attestante l’avvenuta iscrizione alla Gestione separata INPS**.

Il sottoscritto si impegna a comunicare con propria dichiarazione eventuali variazioni che comportano la perdita al diritto dell’assegno in parola.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il dichiarante

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la raccolta ed il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto delle norme di legge nazionali e comunitarie nonché dei principi di correttezza e tutela della riservatezza ed esclusivamente per finalità connesse a tutti gli adempimenti relativi alla piena attuazione del rapporto amministrativo con l’Università.

Il dichiarante

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modulo può essere trasmesso secondo una delle seguenti modalità:

- tramite consegna a mani all’Ufficio Documentazione e Archivi situato presso il Rettorato – P.tta Tancredi, 7- 73100 LECCE;

- tramite consegna a mani al Servizio Posta di Ateneo in busta chiusa situato presso l’edificio Principe Umberto, Viale Gallipoli 49 – 73100 LECCE;

- tramite spedizione della relative documentazione mediante il servizio postale esterno, intestata al Magnifico Rettore Università del Salento – Viale Gallipoli 49 – 73100 Lecce;

- tramite mail all’indirizzo amministrazione.centrale@unile-cert.it (debitamente sottoscritto e scansionato, con allegata la documentazione indicata ed un valido documento di identità)