



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Ufficio Relazioni con Enti Sanitari

Meta Struttura Medico – Chimica

Da compilarsi a cura del Personale Esterno all'Università degli Studi di Ferrara titolare di:

- Contratti di formazione specialistica Scuole di Specializzazione Area Medica (D.Lgs. 368/1999)**

Scuola di specializzazione in

Anno di immatricolazione

Contratto statale

Contratto regionale

Contratto con altri enti

Il sottoscritto _____
Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____ Cap. _____ Via _____ n. _____
Domicilio Fiscale (se diverso):
Provincia _____ Cap. _____ Via _____ n. _____
Recapito per eventuali comunicazioni:
Telefono _____ Cellulare _____ @ mail _____

Ai fini previdenziali-contributivi

DICHIARA

A) di essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria c/o l'Ente _____ e/o titolare di pensione (diretta o indiretta), quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del **24%**. In caso di variazione della propria posizione s'impegna a comunicarla al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva nella misura del 34,23%

- Firma _____

B) di non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o titolare di pensione (diretta o indiretta), quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del **34,23%**. In caso di variazione della propria posizione s'impegna a comunicarla al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva nella misura del 24%.

- Firma _____

C) che non ha superato il limite contributivo annuo di € 101.427,00 e pertanto autorizza l'amministrazione in indirizzo ad operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare l'eventuale superamento del limite al fine di permettere l'interruzione della ritenuta ed evitare all'Ente il versamento di importi non dovuti. In difetto si dichiara disponibile alla restituzione all'Ente medesimo delle somme indebitamente accreditate nella sua gestione separata INPS per effetto della sua stessa omissione in attesa del rimborso da parte del medesimo INPS.

• Firma _____

AI FINI DEL PAGAMENTO SI CHIEDE CHE LE SOMME VENGANO EROGATE CON LA SEGUENTE MODALITA':

☐	{	Tramite accredito sul conto corrente presso	<input type="text"/>										
			Denominazione Istituto di Credito										
		Agenzia / Filiale	<input type="text"/>										
		<table border="1"><thead><tr><th>PAESE</th><th>CIN EUR</th><th>CIN</th><th>BANCA (ABI)</th><th>AGENZIA (CAB)</th><th>CONTO CORRENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="6">IBAN – Coordinate Bancarie Internazionali (TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)</td></tr></tbody></table>	PAESE	CIN EUR	CIN	BANCA (ABI)	AGENZIA (CAB)	CONTO CORRENTE	IBAN – Coordinate Bancarie Internazionali (TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)				
PAESE	CIN EUR	CIN	BANCA (ABI)	AGENZIA (CAB)	CONTO CORRENTE								
IBAN – Coordinate Bancarie Internazionali (TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)													
	Codice BIC o SWIFT	<input type="text"/>	Intestazione Conto	<input type="text"/>									

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 Ferrara da qualsiasi responsabilità in merito.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e ss.mm.ii 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.

Firma _____

_____, li _____

Per maggiori informazioni contattare Erika Bregola Ufficio Relazioni Enti Sanitari - tel. 0532 293278