



**OGGETTO:** comunicazione dati per inquadramento previdenziale.

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ (*obbligatorio allegare copia del tesserino*)

Cellulare \_\_\_\_\_ E\_mail \_\_\_\_\_ (@unisi.it)

Residenza anagrafica: Comune \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domicilio fiscale (se diverso dalla residenza) Comune \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in relazione all'incarico relativo all'attività di **ASSEGNISTA DI RICERCA**

da svolgere presso \_\_\_\_\_

nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

sotto la propria responsabilità agli effetti dell'applicazione del Contributo Previdenziale INPS ex legge 335/95, art. 2, commi da 25 a 32 (che istituisce la Gestione Separata)

1) che **non ha superato** il limite contributivo annuo di €. 103.055,00\*=*e pertanto autorizza codesta amministrazione 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. NB la sottoscrizione della presente ipotesi è alternativa alla n.2.*

FIRMA \_\_\_\_\_

2) che **ha superato** e/o prevede il superamento del limite contributivo annuo di €. 103.055,00\*=*e pertanto invita codesta amministrazione a non operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare l'eventuale mancato superamento del limite al fine di permettere l'applicazione della ritenuta ed evitare all'Ente inadempimenti. In difetto si dichiara disponibile alla restituzione all'Ente medesimo delle somme eventualmente richieste dall'INPS per effetto della omissione indotta. NB la sottoscrizione della presente ipotesi è alternativa alla n. 1*

FIRMA \_\_\_\_\_

3) che **ha provveduto/provederà** all'autodenuncia presso la sede competente INPS (art. 2 c. 26 legge 335/1995).

FIRMA \_\_\_\_\_

4) di **essere** titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto all'applicazione dell'**aliquota ridotta** in vigore (ad esclusione della Gestione Separata I.N.P.S - .L.335/95), **presso** (*indicare la denominazione dell'ente previdenziale*) \_\_\_\_\_ (*indicare la cassa di previdenza*) \_\_\_\_\_. In caso di variazione della propria posizione s'impegna a comunicarla al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva. *NB la sottoscrizione della presente ipotesi è alternativa alla n.5.*

FIRMA \_\_\_\_\_

5) di **non essere** titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità quindi soggetto all'applicazione dell'**aliquota piena** in vigore. In caso di variazione della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva. *NB la sottoscrizione della presente ipotesi è alternativa alla n.4.*

FIRMA \_\_\_\_\_

\*(valore in vigore dal 2020)



**Oggetto: riscossione competenze dovute dall'Università**

Il/La sottoscritto/a .....  
C.F. ....  
tipo rapporto .....

**Chiede**

che i propri emolumenti vengano corrisposti mediante bonifico su:

- Conto Corrente Bancario
- Conto Corrente Postale (no libretto)
- Carta prepagata (solo con codice IBAN)

(N.B. eventuali sanzioni previste dalla circolare ABI n. 2797 del 23/05/2003 per omessa indicazione di una delle componenti del codice IBAN saranno poste a carico del beneficiario)

codice <b>IBAN</b> (27 caratteri alfanumerici) _____ codice <b>CIN</b> ____ (1 carattere alfabetico) - codice <b>ABI</b> _____ (5 caratteri numerici) Banca ..... codice <b>CAB</b> _____ (5 caratteri numerici) Agenzia ..... (indirizzo dell'Agenzia ..... ) numero c/c _____ (12 caratteri alfanumerici) <b>SWIFT CODE</b> (per bonifici su conti esteri -8/11 caratteri) _____
---

**N.B il beneficiario deve essere “almeno” co/intestatario del conto.**

<p><b>chiede</b></p> <p><b>che la CERTIFICAZIONE DEI REDDITI (CU), nei casi in cui non sia spedita con raccomandata A/R presso il domicilio fiscale o caricata nel servizio di accesso online UGOV Stipendi, sia inviata al seguente indirizzo di posta elettronica non istituzionale (cioè non @unisi.it)</b></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>si raccomanda di scrivere in modo leggibile</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Firma</b> _____</p>
---

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGARE:**

- *Copia del codice IBAN rilasciata dall'Agenzia*
- *Copia codice fiscale*

**Per accedere on-line alla visione di CEDOLINI e CU**

In vigenza di rapporto con l'Ateneo per l'accesso al servizio on line di visualizzazione e stampa dei cedolini e della CU, è necessario utilizzare l'UNISIPASS seguendo il percorso:

[www.unisi.it](http://www.unisi.it)

servizi on-line

u-gov stipendi

oppure accedendo direttamente al seguente link

<https://www.unisi.u-gov.it/unisi/login.jsp>

Per quel che riguarda il TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI l'informativa, redatta secondo le indicazioni dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, è pubblicato sul portale di Ateneo – sezione Privacy <https://www.unisi.it/ateneo/adempimenti/privacy>.

Nell'invitarla a prendere attenta visione dell'informativa su indicata, informiamo che:

i dati saranno trattati secondo i principi stabiliti dall'art. 5 (liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza, esattezza, minimizzazione del trattamento, limitazione della conservazione, ecc.) per le finalità del presente contratto. Per gli adempimenti da esso discendenti, potranno essere trasmessi a soggetti terzi (es: INAIL, Agenzia delle entrate, ecc.);

il Titolare del trattamento è l'Università di Siena, rappresentata dal Magnifico Rettore;

il Responsabile della protezione dei dati personali è il Prof. Gianluca Navone;

i dati saranno raccolti e trattati con l'ausilio di strumenti cartacei ed informatici con modalità che garantiscono la sicurezza e la riservatezza, alimentando archivi cartacei e/o informatici;

gli interessati al trattamento possono esercitare nei confronti dell'Università di Siena tutti i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento europeo; in particolare, possono ottenere: l'accesso ai propri dati personali, la loro rettifica o integrazione, la cancellazione (c.d. "diritto all'oblio"), la limitazione del trattamento.

Dopo aver preso attenta visione dell'informativa sul trattamento dei propri dati personali pubblicata sul portale di Ateneo nella sezione Privacy, il sottoscritto **AUTORIZZA** L'Università degli Studi di Siena al trattamento dei propri dati personali.

Il sottoscritto conferma che, ai fini fiscali, previdenziali ed assicurativi, si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Ente committente da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

Li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATI: \_\_\_\_\_