**MODULO DI ACCETTAZIONE - SCHEDA ANAGRAFICA E DATI BANCARI**

**(Il presente modulo è da inviare all’indirizzo** [**didattica.dsf@uniupo.it**](mailto:didattica.dsf@uniupo.it)**)**

Il/la sottoscritto/a

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| cognome (per le donne quello da nubile) | | | | | nome | |
|  | | | | |  | |
| data di nascita | comune (o stato estero) di nascita | | | | | provincia |
|  |  | | | | |  |
| comune di residenza | | C.A.P. | provincia | via e numero civico | | |
|  | |  |  |  | | |
| domicilio (comune - via - numero civico) | | | | n. telefonico e indirizzo e-mail | | |
|  | | | |  | | |
| codice fiscale italiano | codice fiscale estero | | | n. partita IVA | | |
|  |  | | |  | | |

**Per i SOLI titolari di partita IVA si riportano di seguito i codici di fatturazione IPA/Codice Univoco Ufficio:**

|  |  |
| --- | --- |
| 5GDU1J | Dipartimento di Scienze del Farmaco |

**DICHIARA**

di accettare  di non accettare

l’incarico di collaborazione occasionale affidato con lettera Prot. n. \_\_\_\_\_del XX/XX/2024

riferito a: Master DRMKA, Master EMOTION, Altro

Il/La sottoscritto/a, consapevole ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. che le dichiarazioni mendaci e false sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara:

di essere nato in luogo e data sopra riportati

di essere residente nel luogo sopra riportato

di essere titolare di partita IVA di cui al n. sopra riportato

di non essere titolare di partita IVA

di essere iscritto alla seguente Cassa di Previdenza: ………….…………………………..…..…………………..

di essere alle dipendenze della seguente Pubblica Amministrazione …………………………………………….

di essere alle dipendenze di privati

di esercitare la libera professione (*specificare quale*) …….…………..……………...…………………………….

di non avere altro incarico all’interno di questa Università

di avere altro incarico all’interno di questa Università (*specificare*) ……………………………………………….

di essere in possesso di Laurea Magistrale (509/1999 - 270/2004)

di essere in possesso di Laurea Vecchio Ordinamento

di essere in possesso di Laurea Triennale (509/1999 - 270/2004)

di essere iscritto all’Albo/Ordine di Ordine di

di essere in possesso di ulteriori titoli (*precisare quali*): ……………………………......................................….

**DICHIARA INOLTRE**

di voler richiedere il rimborso delle spese sostenute alla fine dell’attività

di non voler richiedere il rimborso delle spese sostenute alla fine dell’attività

**MODALITA’ DI PAGAMENTO**

☐ Chiede di poter riscuotere quanto di propria competenza con le seguenti modalità:

Pagamento per cassa c/o la Tesoreria dell’Università, Banca Popolare di Sondrio, Via Andrea Costa, 7 Novara - Importo massimo pari a € 1.000,00

Pagamento tramite bonifico bancario o postale intestato al sottoscritto:

Banca/Bancoposta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiale/Agenzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_ \_ \_ \_ -- \_ \_ \_ \_ -- \_ \_ \_ \_ -- \_ \_ \_ \_ -- \_ \_ \_ \_-- \_ \_ \_ \_ -- \_ \_ \_

☐ Intende rinunciare al compenso

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_