

**AVVISO UNICO PER IL CONFERIMENTO DI INSEGNAMENTI A.A. 2021-2022 DELLA SCUOLA DI  
SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA**

**MODULO CONTRATTO DI INSEGNAMENTO**

La/ il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Libero Professionista Partita IVA \_\_\_\_\_

Livello di istruzione:  Laurea in \_\_\_\_\_

Dottorato di ricerca \_\_\_\_\_  Specializzazione medica \_\_\_\_\_  Abilitazione \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

di essere titolare di Partita I.V.A. e quindi di essere soggetto a I.V.A. ai sensi dell'art. 5 del DPR 26/10/72 n. 633 e successive modificazioni e integrazioni;

di non essere titolare di Partita I.V.A. e quindi di essere esente da I.V.A. ai sensi dell'art. 5 del DPR 26/10/72 n. 633 e successive modificazioni e integrazioni;

di essere alle dipendenze della seguente amministrazione dello stato o ente pubblico (indicare anche indirizzo e CF/P. IVA): \_\_\_\_\_

di aver allegato nulla osta rilasciato dall'Amministrazione dello stato e ente pubblico di appartenenza;

di essere alle dipendenze della seguente ditta privata (indicare anche indirizzo e CF/P. IVA) \_\_\_\_\_

di essere titolare di altri contratti per attività di docenze con l'Università del Piemonte Orientale (indicare quali) \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Disoccupato

fa istanza **per ottenere il conferimento per contratto a titolo retribuito** ai sensi dell'art. 23 c.2 della Legge 240/2010

dell'insegnamento di

\_\_\_\_\_

Settore Scientifico Disciplinare SSD \_\_\_\_\_ Settore Concorsuale \_\_\_\_\_

n. ore \_\_\_\_\_ presso il Dipartimento di Scienze del Farmaco dell'Università del Piemonte Orientale per l'a.a. 2021/2022 della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera.

Dichiaro di aver provveduto o che provvederò nei termini di legge all'iscrizione alla Gestione Separata INPS

Di essere iscritto ad altra gestione previdenziale (**indicare quale.....**)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e successive modificazioni ed integrazioni. Il sottoscritto, inoltre, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 s.m.i. nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non corrispondenti a verità

DICHIARA

sotto la sua personale responsabilità che tutto quanto riportato nella presente domanda e negli allegati a corredo della stessa corrisponde al vero.

Allega alla presente dichiarazione fotocopia, non autenticata, di un documento di identità o di un documento di riconoscimento equipollente del dichiarante (art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione deve essere corredata dalle copie leggibili dei seguenti documenti:

- *Copia carta di identità e copia codice fiscale.*
- *Curriculum vitae preferibilmente in formato europeo con sopra riportato l'elenco delle pubblicazioni scientifiche.*
- *Nulla-osta (per i dipendenti di pubbliche amministrazioni) sino alla conclusione dell'a.a. 2021/2022 della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera)*