

Università degli Studi di Udine
SCUOLA SUPERIORE

DOMANDA

di conferimento di incarico di insegnamento RETRIBUITO per l'a.a. 2020/2021 da compilarsi a cura dei soggetti non appartenente ai ruoli dei professori, ricercatori e assistenti negli Atenei

ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE – SCUOLA SUPERIORE

Consapevole che, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso decade dal beneficio ottenuto sulla base di tali dichiarazioni ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ cap. _____

via/piazza _____ n. _____ tel. _____

domicilio fiscale _____ prov. _____ cap. _____

via/piazza _____ n. _____ tel. _____

e-mail istituzionale _____ e-mail privata _____ cellulare _____

codice fiscale _____ cittadinanza _____

titolo di studio _____

rilasciato da _____ Paese estero _____

visto il bando n. _____ del _____ per il **conferimento di incarichi di insegnamento a titolo RETRIBUITO** pubblicato a cura della Scuola Superiore per l'anno accademico **2020/2021**

CHIEDE

l'assegnazione dell'incarico a titolo RETRIBUITO per l'insegnamento di _____

settore scientifico-disciplinare _____ presso la Scuola Superiore dell'Università degli Studi di Udine

DICHIARA

1) di essere consapevole che, ai sensi di quanto esplicitato nel bando, in relazione al quadro epidemiologico e alle decisioni assunte dagli organi di governo dell'Ateneo:

- l'attività didattica sarà svolta sia in presenza che a distanza mediante piattaforma tecnologica di Ateneo;
- l'attività di accertamento della preparazione degli studenti sarà svolta in presenza o a distanza;

2) di essere provvisto di propri adeguati dispositivi audio-video e, qualora l'attività sia offerta in remoto, di connessione internet veloce;

3) di aver preso visione delle informazioni e delle prescrizioni relative all'emergenza epidemiologica da Covid-19 inserite nella pagina web predisposta dall'Ateneo e reperibile all'indirizzo: https://gessica.uniud.it/prevenzione/info_coronavirus;

Università degli Studi di Udine
SCUOLA SUPERIORE

ALLEGA

- **CURRICULUM** redatto in conformità **all'allegato 1** comprensivo della propria attività scientifica e didattica che è sottoposto agli obblighi di pubblicità previsti dall'art. 15 del D.Lgs 33/2013;
 - **fotocopia di un documento di identità**;
 - **DICHIARAZIONE SU CONFLITTI DI INTERESSE E INCOMPATIBILITÀ (allegato 2). Nel caso di cui al punto 15 della DICHIARAZIONE,** previo accertamento della compatibilità con il rapporto di cui al presente bando, **si allega anche il prescritto nulla osta o, in mancanza, si impegna a farlo pervenire prima del formale conferimento dell'incarico da parte del competente Dipartimento;**
 - **DICHIARAZIONE ALTRI INCARICHI CONSULENTI E COLLABORATORI (allegato 3);**
-
- **programma proposto per il corso (allegato 4);**

Data _____

FIRMA

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE. OGNI VARIAZIONE DEI DATI INDICATI VA COMUNICATA TEMPESTIVAMENTE ALLA SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO.

Università degli Studi di Udine
SCUOLA SUPERIORE

ALLEGATO N. 1 ALLA DOMANDA

CURRICULUM COMPRENSIVO DELLA PROPRIA ATTIVITÀ SCIENTIFICA E DIDATTICA, E ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE REDATTO AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000 (DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ)

Il/la _____ sottoscritto/a

nato/a a _____ provincia (_____) il _____

consapevole che, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso decade dal beneficio ottenuto sulla base di tali dichiarazioni ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

che il proprio curriculum risulta essere il seguente (rispettare lo schema riportato di seguito; iniziare con le informazioni più recenti ritenute pertinenti ai fini dell'attribuzione dell'incarico; non inserire indirizzi, recapiti telefonici o e-mail personali).

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Data di conseguimento del titolo; titolo conseguito; Istituto di istruzione/formazione o Ateneo presso cui è stato conseguito.

ESPERIENZE PROFESSIONALI IN AMBITO UNIVERSITARIO

ALTRE ESPERIENZE PROFESSIONALI

ATTIVITÀ DIDATTICHE

ATTIVITÀ DI RICERCA

PARTECIPAZIONE A CONVEGNI

PUBBLICAZIONI

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a che ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013 **il curriculum sarà pubblicato sul sito web dell'Ateneo*** in caso di conferimento dell'incarico oggetto della presente selezione (peso massimo del file: 1 mega byte).

Data _____ FIRMA _____

***NOTA BENE: SI RACCOMANDA DI NON INSERIRE NEL CURRICULUM VITAE INDIRIZZI, RECAPITI TELEFONICI O E-MAIL PERSONALI.**

Università degli Studi di Udine
SCUOLA SUPERIORE

ALLEGATO N. 2 ALLA DOMANDA – DICHIARAZIONE SU CONFLITTI D'INTERESSE E INCOMPATIBILITÀ

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a a _____ provincia (_____) il _____
(se cittadino italiano, comunitario o extracomunitario autorizzato a soggiornare in Italia ai sensi delle leggi vigenti)
consapevole, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi
o ne fa uso decade dal beneficio ottenuto sulla base di tali dichiarazioni ed è punito ai sensi del codice penale e delle
leggi speciali in materia:

DICHIARA

1	l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Università degli Studi di Udine;	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ai fini dell'accertamento di eventuali cause di incompatibilità:			
2	di essere parente o affine fino al quarto grado compreso di un componente del Consiglio della Scuola Superiore che conferisce l'incarico, ovvero del Rettore, del Direttore Generale o di un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo di Udine	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3	di frequentare un corso di dottorato di ricerca (L. 210/1998 e D.M. 45/2013) durata legale dal _____ al _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4	di frequentare corsi di cui all'art. 1 della L. 30.11.1989, n. 398 (scuole di specializzazione, corsi di perfezionamento, attività di ricerca post dottorato e corsi di perfezionamento all'estero) durata legale dal _____ al _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5	di essere cessato/a per volontarie dimissioni dal servizio presso l'Università degli Studi di Udine a decorrere dal _____ con diritto a pensione anticipata di anzianità	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6	di essere cessato/a dal servizio presso una delle Amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2, del D.Lgs 165/2001 indicare l'Ente _____ a decorrere dal _____ <input type="checkbox"/> per limiti di età <input type="checkbox"/> per volontarie dimissioni con diritto a pensione anticipata di anzianità di AVVER AVUTO rapporti di lavoro o di impiego a tempo determinato o indeterminato, anche di lavoro autonomo (es. collaborazioni coordinate e continuative, collaborazioni occasionali, prestazioni professionali, assegni di ricerca, dottorati, partecipazione a seminari/conferenze, prestazioni lavorative in genere) con l'Università degli Studi di Udine nei 5 anni precedenti a quello della cessazione dal servizio. Indicare il periodo di durata dell'ultimo rapporto intercorso con l'Università degli Studi di Udine: dal _____ al _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7	di essere iscritto in qualità di allievo della Scuola Superiore sede dell'insegnamento messo a bando	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8	di essersi laureato in _____ in _____ data _____ presso l'Università degli studi di _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9	di aver rinunciato ad incarichi per più di due volte nei precedenti anni accademici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10	di essere decaduto dall'incarico nei precedenti anni accademici per violazione del regime delle incompatibilità, mancato o ritardato inizio delle attività ovvero ingiustificata sospensione superiore ai tre giorni, inosservanza degli obblighi connessi alla didattica e di autocertificazione della prestazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11	di essere destinatario della sanzione accessoria dell'incapacità di contrarre con la pubblica amministrazione, sanzione in corso alla scadenza del bando	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ai fini della definizione del rapporto:			
12	di essere lavoratore dipendente privato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13	di essere libero professionista con obbligo di rilascio di fattura sul compenso a) n.ro partita IVA personale _____ b) n.ro partita IVA studio associato _____ denominazione studio associato _____ sede legale _____	SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Università degli Studi di Udine
SCUOLA SUPERIORE

	Il sottoscritto intende fatturare la prestazione professionale da lui medesimo resa utilizzando la partita IVA dello studio associato sopra indicato, autorizzando il pagamento della prestazione sul conto corrente bancario c/o _____ cod. bancario IBAN _____ liberando l'ateneo da qualsiasi diversa obbligazione in merito		
14	di essere lavoratore dipendente pubblico (anche se in congedo o in aspettativa) a) a tempo indeterminato dal _____ b) a tempo determinato dal _____ al _____ c) a tempo pieno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (indicare la percentuale di part-time _____%) denominazione o ragione sociale dell'ente pubblico _____ indirizzo della sede legale _____ presso cui presta servizio con la qualifica di _____ svolgendo la seguente attività _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
15	di essere titolare di contratto di diritto privato ai sensi dell'art. 3 bis del D.L.gs 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni (carica di direttore generale/amministrativo/sanitario)* denominazione o ragione sociale dell'ente pubblico _____ indirizzo della sede legale _____ presso cui presta servizio con la qualifica di _____ svolgendo la seguente attività _____ *deve essere allegato il nulla osta dell'azienda sanitaria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
16	di essere ricercatore a tempo determinato presso l'Università degli Studi di Udine. Il ricercatore a tempo determinato svolge la prestazione al di fuori e compatibilmente con l'orario di servizio e provvede ad informare il responsabile del progetto e il direttore del proprio dipartimento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
17	di essere _____ (tecnico/amministrativo/collaboratore linguistico) appartenente alla categoria personale tecnico amministrativo presso l'Università di Udine. Il dipendente svolge la prestazione al di fuori e compatibilmente con l'orario di servizio e provvede ad informare il responsabile della propria struttura.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
18	di essere titolare di assegno di ricerca presso l'Università di _____ (allegare nulla-osta del responsabile scientifico).	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
19	di essere titolare di pensione (specificare ente di previdenza _____)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
20	di essere iscritto alla gestione separata INPS sede di _____ (art. 2, c. 26, L. 335/1995)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
21	di impegnarsi ad iscriversi entro 30 gg. dall'inizio della prestazione alla gestione separata INPS (art.2, c. 26, L. 335/1995 e successive modifiche) qualora non attualmente iscritto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
22	di essere lavoratore iscritto a cassa previdenziale diversa da INPS GESTIONE SEPARATA (specificare quale) _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
23	di avere residenza fiscale all'estero con compensi assoggettati a ritenuta alla fonte a titolo di imposta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
24	di avere residenza fiscale all'estero in regime di convenzione con lo Stato italiano contro le doppie imposizioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
25	di essere cittadino straniero allegare permesso di soggiorno per motivi di lavoro (valido fino al _____)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre di impegnarsi, in caso di variazione della propria posizione, a comunicare tempestivamente al committente le eventuali variazioni che dovessero intervenire a modificare quanto sopra dichiarato.

L'Università non si assume alcuna responsabilità per mancate comunicazioni da parte del candidato.

Luogo e data _____ Firma dell'interessato/a _____

Università degli Studi di Udine
SCUOLA SUPERIORE

ALLEGATO N. 3 ALLA DOMANDA – DICHIARAZIONE ALTRI INCARICHI CONSULENTI E COLLABORATORI

Il candidato è tenuto, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, a fornire i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o lo svolgimento di attività professionali. La presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Ateneo in caso di conferimento di incarico per la copertura dell'insegnamento oggetto della presente selezione.

DATI DEL DICHIARANTE:

NOME	
COGNOME	
CODICE FISCALE/PARTITA IVA	

Incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

Ente conferente l'incarico	Tipologia di incarico	Oggetto dell'incarico	Durata dell'incarico (da – a)	

Svolgimento di attività professionali

Tipologia di attività professionale svolta	
--	--

Il/la sottoscritto/a, preso atto che, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla predetta legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara che le informazioni sopra riportate sono complete, esaustive e corrispondenti al vero.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione, copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma dell'interessato/a
