



Domanda di conferimento di incarico didattico mediante stipula di contratto per l'A.A.

Al Preside della Facoltà di

Il sottoscritto:

Cognome  Nome  Matricola

Data di nascita (gg/mm/aaaa)  Comune (o stato estero) di nascita  Provincia

Codice Fiscale  Codice identificativo estero

Indirizzo di residenza  Telefono

Comune (o Stato estero) di residenza  C.A.P.  Provincia

Domicilio fiscale (solo se diverso dalla residenza)  
Indirizzo  Telefono

Comune (o Stato estero) di residenza  C.A.P.  Provincia

Email  Cellulare

Qualifica:  soggetto esterno  assegnista di ricerca presso il Politecnico di Milano

Chiede il conferimento dell'incarico didattico di cui al bando del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per l'insegnamento specificato di seguito:

Dati insegnamento	
Nome insegnamento:	<input type="text"/>
Settore Scientifico-Disciplinare:	<input type="text"/>
Tipo di Corso	<input type="text"/>
C.F.U.:	<input type="text"/>
Altri dati:	<input type="text"/>

Dati incarico	
Facoltà:	<input type="text"/>
Sede:	<input type="text"/>
Periodo:	<input type="text"/>
Corsi di studio/sezione:	<input type="text"/>
Altri dati:	<input type="text"/>

Firma \_\_\_\_\_

Dichiara di optare per l'incarico:

a titolo gratuito

a titolo oneroso

• Dichiara di aver avanzato, per lo stesso A.A., domanda per altri incarichi, di seguito indicati:

○ presso questo Ateneo:

Facoltà \_\_\_\_\_

Facoltà \_\_\_\_\_

○ presso altro Ateneo:

Facoltà \_\_\_\_\_ Ateneo \_\_\_\_\_

Facoltà \_\_\_\_\_ Ateneo \_\_\_\_\_

Si impegna a dichiarare per iscritto alla Presidenza della Facoltà in indirizzo ogni successiva variazione.

- Dichiara di adeguarsi al programma didattico dello specifico insegnamento, coordinato nell'ambito del Consiglio di Corso di Studi, con complessive \_\_\_\_ ore di didattica del corso, di cui: \_\_\_\_\_.
- Dichiara di non essere studente di corsi di dottorato di ricerca o di scuole di specializzazione (\*).
- Si impegna ad inserire ogni dato richiesto nel sistema informatizzato di Ateneo ove previsto dalla Facoltà (orario di ricevimento, scheda dettagliata del programma di insegnamento, registro delle lezioni, verbali d'esame, ecc.).
- Si impegna a consegnare alla Presidenza della Facoltà in indirizzo:
  - entro 15 gg. dalla fine delle lezioni, esercitazioni e laboratori previsti dal contratto, i relativi registri compilati on-line e quindi stampati e debitamente firmati;
  - eventuale dichiarazione di intervenuta modifica dei dati personali sopra riportati, entro 15 gg. dalla data del cambiamento.

Autorizza, ai sensi del D. Lgs.vo n° 196/2003, il trattamento dei dati personali.

(\*). Gli studenti che completano il corso degli studi entro il 31 ottobre del corrente anno possono avanzare domanda specificando tale loro condizione.

L'eventuale affidamento è subordinato alla verifica del completamento degli studi.

**Spazio da compilare in caso di assegnista di ricerca**

Il sottoscritto dichiara di essere assegnista di ricerca presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_

del Politecnico di Milano dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_

Oggetto della ricerca: \_\_\_\_\_

**DICHIARA di avere chiesto apposita autorizzazione al Dipartimento in data \_\_/\_\_/\_\_**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Spazio riservato alla Presidenza**

Data inizio dell'incarico, se diversa dal 1° novemb re: \_\_/\_\_/\_\_

CdF/GdF del \_\_/\_\_/\_\_  Approvato  Non Approvato

**Dati per il trattamento previdenziale e fiscale A.A.  (necessari per l'assegnazione di incarichi di docenza)**

Il sottoscritto:

**Cognome**

**Nome**

**Codice Fiscale**

**Codice identificativo estero**

**Dichiara:**

- di essere residente all'estero  
 di avvalersi della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale tra Italia e (stato estero di residenza)

di non avvalersi della convenzione

- di essere dipendente di un Ente pubblico e/o Personale Docente di ruolo di Università private.  
Per la rilevazione ai fini dell'anagrafe delle prestazioni dei pubblici dipendenti, di cui all'art. 53 D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, all'atto della sottoscrizione del contratto deve essere consegnata la preventiva autorizzazione dell'Amministrazione Pubblica di appartenenza riferita all'intera durata dell'incarico. I dati dell'Amministrazione Pubblica a cui inviare la comunicazione dei compensi percepiti sono:

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

- Non vi è l'obbligo della comunicazione in quanto:  
 professore a tempo definito;  
 dipendente con rapporto di lavoro a tempo parziale non superiore al 50%;  
 altro

**Dichiara di scegliere la seguente modalità di incarico:**

**Incarico per prestazione Professionale:**

- Di essere titolare di partita IVA n° \_\_\_\_\_  
 Di essere iscritto all'albo o elenco professionale \_\_\_\_\_  
 Di svolgere la seguente professione \_\_\_\_\_  
 Di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale \_\_\_\_\_  
 Di essere residente all'estero con:  
 Numero di Partita IVA ordinaria \_\_\_\_\_  
 Numero di Partita IVA ordinaria che non genera soggettività passiva piena \_\_\_\_\_

**Incarico di collaborazione coordinata e continuativa:**

(art.50, primo comma, lettera c-bis, D.P.R. 917/1986. L'attività richiesta sarà svolta senza vincolo di subordinazione, non rientrante nei compiti istituzionali contrattualmente definiti di lavoratore dipendente e non rientrante nell'oggetto della eventuale professione abitualmente svolta).

- Di essere iscritto alla gestione separata INPS di cui all'art.2, comma 26 della legge 8 agosto 1995, n.335.  
 Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del \_\_\_\_%.  
 Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del \_\_\_\_%  
in quanto titolare di pensione e/o iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria (indicare quale):  
\_\_\_\_\_  
 Intende richiedere le detrazioni di imposta (art.12 e 13 del D.P.R. 917/86)

**Dichiara inoltre di scegliere la seguente modalità di pagamento:**

- Versamento sul c/c n. COD CIN ABI CAB Numero Conto Corrente

Istituto bancario e n° Agenzia

Indirizzo, Città

SWIFT Code

- Invio al domicilio di assegno non trasferibile

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