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

**(Il presente modulo è da inviare all’indirizzo** **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**

 [x]  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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_