UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIVISIONE AMMINISTRAZIONE
DECENTRATA
SETTORE AMMINISTRAZIONE
DIPARTIMENTI E SCUOLA
DI AREA MEDICA

Via Solaroli, 17 –28100 Novara NO
Tel. 0321/660572-613-573-513

MODULO DI ACCETTAZIONE / RINUNCIA

Bando di concorso, per titoli e colloquio, per il conferimento di assegni per le attività di tutorato presso i Dipartimenti di Medicina Traslazionale, Scienze della Salute e Scienze del Farmaco dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale – a. a. 2018/2019.

Il/La sottoscritto/a _____

(Cognome *Nome)*

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Matricola n. _____

Tel. _____ Tel. Cellulare _____

E-mail _____

Iscritto/a nell'a.a. 2015/2016 al _____ anno del Corso _____

in _____

del Dipartimento di _____

DICHIARA

□ di accettare □ di rinunciare

il conferimento dell'assegno per l'attività di tutorato, di cui alla graduatoria approvata con D.D. Rep. N. 1225/2017 Prot. n. 0017943 del 31/10/2017, relativa alla sotto riportata attività:

_____

UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., che le dichiarazioni mendaci e false sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ (_____) il _____
2. di risiedere a _____ (_____), via _____, n._____, Tel._____
3. di essere in possesso della cittadinanza italiana
4. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
5. di non aver riportato condanne penali
6. di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a da precedenti impieghi presso pubbliche amministrazioni
7. di eleggere domicilio in _____ (_____), via _____, n._____, Tel._____

(se uguale alla residenza, non compilare)

8. di accettare, senza riserve, le condizioni e le clausole riportate nel bando
9. di non incorrere nelle incompatibilità previste dal bando di concorso
10. di trovarsi nella seguente posizione:

□ iscritto/a alla Cassa Gestione Separata presso l'Inps come:
□ collaboratore □ lavoratore autonomo

□ iscritto/a ad altra forma previdenziale obbligatoria (es.: INPS ditta commerciale/ artigiana/INPDAP/INPGI/altro) _____ per l'esercizio dell'attività di _____

□ non iscritto/a presso alcuna Cassa di Previdenza

CHIEDE

che il pagamento delle proprie competenze venga effettuato:

Modalità 1.

☐ accreditamento su c/c bancario/postale intestato al sottoscritto (o cointestato al sottoscritto e ad altra persona) comunicando le coordinate bancarie (compilare gli appositi spazi sottostanti in ogni parte):

IBAN (27 caratteri alfanumerici)

UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Banca/Posta (nome e indirizzo) _____

_____

Modalità 2.

☐ accreditamento su carta prepagata, emessa da qualsiasi istituto bancario, intestata al sottoscritto, comunicando le coordinate bancarie (compilare gli appositi spazi sottostanti in ogni parte):

IBAN (27 caratteri alfanumerici)

Banca/Posta (nome e indirizzo) _____

_____

Modalità 3.

☐ per cassa (solo per importi inferiori ad € 1.000,00 euro mille/00) tramite assegno bancario da recapitare al seguente indirizzo in:

_____ n. ____

Comune _____ C.A.P. _____ Prov. (_____)

esonerando l'Università da ogni responsabilità per smarrimento dell'assegno ovvero illecita riscossione dello stesso da parte di terzi

Inoltre, il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di essere a conoscenza che l'Università avrà cura di inviare al sottoscritto all'indirizzo di posta elettronica di Ateneo l'avviso di avvenuto pagamento.

Data _____

Firma

_____