

DOMANDA**di conferimento di incarico di insegnamento RETRIBUITO per l'a.a. 2024/2025 da compilarsi a cura dei soggetti non appartenenti ai ruoli dei professori e ricercatori negli Atenei**

ALL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE – DIPARTIMENTO DI SCIENZE MATEMATICHE, INFORMATICHE E FISICHE

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. 1 del 25.06.2024 per il **conferimento di incarichi di insegnamento a titolo RETRIBUITO** pubblicato a cura del Dipartimento di Scienze Matematiche, Informatiche e Fisiche per l'anno accademico **2024/2025**

CHIEDE

l'assegnazione dell'incarico a titolo RETRIBUITO

per l'insegnamento di _____
settore scientifico-disciplinare _____ presso il Corso di Laurea/Laurea magistrale/ Laurea magistrale a ciclo unico in _____ sede di _____

DICHIARA

1) di essere consapevole che, ai sensi del punto 4 del bando:

- l'attività didattica, in relazione alle decisioni assunte dal Dipartimento, sarà svolta in presenza, a distanza o in modalità mista utilizzando la piattaforma tecnologica di Ateneo, tenuto comunque conto di situazioni particolari previste dalla normativa vigente;
- l'attività di accertamento della preparazione degli studenti sarà svolta in presenza, tenuto comunque conto di situazioni particolari previste dalla normativa vigente;
- la partecipazione ai Consigli dei Corsi di studio, se previsto, si svolgerà anche in modalità remota;

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

ALLEGA

1

- **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 INCOMPATIBILITA' (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).**

Data _____

FIRMA

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

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 NOTORIETA')

Il/la sottoscritto/a _____

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

ATTIVITA' DIDATTICHE

ATTIVITA' 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*** e ne autorizza la pubblicazione 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 LUOGO E DATA DI NASCITA, INDIRIZZI, RECAPITI TELEFONICI O E-MAIL PERSONALI.**

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 professore appartenente al Dipartimento 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 AVER 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 studente al medesimo corso di laurea, laurea specialistica, laurea magistrale, laurea magistrale a ciclo unico 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 _____ | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | b) n.ro partita IVA studio associato _____ denominazione studio associato _____ sede legale _____ 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 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 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 _____

ALLEGATO N. 3 ALLA DOMANDA – DICHIARAZIONE ALTRI INCARICHI CONSULENTI E COLLABORATORI (ex art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013)

Il/La candidato/a è tenuto/a, 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/DELLA DICHIARANTE:

| | |
|---------|--|
| COGNOME | |
| NOME | |

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 | |
|--|--|

OPPURE

Il/la sottoscritto/a dichiara di non svolgere alcuna delle attività sopradescritte.

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