



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Immatricolazione alle Scuole di Specializzazione
di Area medica a.a. 2019/2020

Richiesta accreditamento in c/c bancario

Il/la sottoscritto/a nato/a il
domiciliato a Via/P.zza.....
Codice fiscale
telef.e-mail:.....
vincitore/ricce di contratto di formazione specialistica area medica in :
.....

CHIEDE

che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul seguente c/c intestato a proprio nome o cointestato, e si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno derivante dal disposto accreditamento:

BANCA AGENZIA.....

Indirizzo.....C.A.P.

Città

COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE (codice IBAN):

It	Cin	ABI	CAB	numero conto

Data.....

Firma



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Immatricolazione alle Scuole di Specializzazione di Area medica a.a. 2019/2020

Dichiarazione ai fini previdenziali del Medico con contratto di formazione specialistica ai sensi dell'art. 37 comma 2 del decreto legislativo 368/1999 (attuato con DPCM 6 luglio 2007)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, codice fiscale _____ (se straniero anche il codice di identificazione fiscale rilasciato dallo Stato
di appartenenza) _____, sesso (M o F) _____,
residente a _____, via _____
c.a.p. _____, tel. _____, cell. _____

e-mail _____ ai fini della stipula del contratto di formazione specialistica presso la
Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze

DICHIARA

Ai fini dell'applicazione del contributo di cui all'art.2, comma 26 della L. 8 agosto 1995 n.335, di cui all'art. 1, comma 300, lettera c) della Legge 23/12/2005, n. 266 e di cui alla circolare INPS n. 37 del 08/02/2007 e successiva nota INPS n. 489 del 22/02/2007 di essere tenuto/a alla iscrizione presso la gestione separata INPS e di prendere atto che l'Università opererà la ritenuta contributiva nella misura di 1/3 del contributo dovuto all'INPS; tale contributo dovrà essere applicato nella misura del (barrare il caso che interessa):

24% in quanto il sottoscritto è in possesso della seguente copertura previdenziale obbligatoria:

ENPAM SI NO

34,23% in quanto il sottoscritto non ha altra copertura previdenziale obbligatoria (*)

Comunica inoltre i dati del coniuge non fiscalmente a carico:

Cognome e nome del coniuge: _____

nato/a _____, il _____

codice fiscale del coniuge: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Firma _____

Il/La sottoscritto/a conferma quanto sopra indicato e si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione o altro dato che importi modificazioni al regime contributivo, o che comunque sia rilevante ai fini previdenziali, impegnandosi a sostenere tutti gli oneri o responsabilità dovessero derivare all'Università dalla mancata tempestiva comunicazione delle variazioni a quanto sopra dichiarato.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

L'informativa per il trattamento dei dati personali degli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e degli studenti, laureandi, laureati, borsisti, specializzandi e dottorandi dell'Università degli Studi di Firenze è pubblicata sul sito di Ateneo al percorso Home page>Ateneo>Protezione dati, al seguente link: <https://www.unifi.it/op-11360-protezione-dati.html>

Firenze, li _____ Per presa visione, il/la dichiarante _____

(*) aliquota variabile art.2 comma 57 legge 92 del 28/06/2012 e successive.