



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

AREA SERVIZI ISTITUZIONALI
Settore Servizi alla didattica
Ufficio Post lauream

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

Il sottoscritto/a

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e dell'ulteriore sanzione della decadenza dai benefici conseguenti a qualsiasi provvedimento o atto dell'Amministrazione emesso sulla base di dichiarazione non veritiera, di cui all'art. 75 del citato D.P.R. 445/2000

RILASCIARE LE SEGUENTI DICHIARAZIONI

SEZIONE 1 - DATI ANAGRAFICI

Cognome			
Nome		Sesso	☐ M ☐ F
Luogo di Nascita	Comune	Prov.	
Data di Nascita		Stato	
Cittadinanza			
Residenza/ Domicilio fiscale	Comune	Prov.	
	Indirizzo	Stato	
Domicilio (Solo se diverso da residenza)	Comune	Prov.	
	Indirizzo	Stato	
Telefono	Cellulare	Fax	
e-mail			

Con la presente dichiarazione, il sottoscritto autorizza gli Uffici all'inoltro di comunicazioni e documenti a mezzo posta elettronica all'indirizzo sopra indicato e si impegna a comunicare tempestivamente ogni intervenuta variazione relativa ai dati comunicati al seguente indirizzo: scuole.spec@amm.units.it

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. [13 del D.Lgs.n. 196 del 30 giugno 2003](#), di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei propri dati personali.

Per informazioni relative alla liquidazione dei compensi rivolgersi a stipendi@amm.units.it



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

AREA SERVIZI ISTITUZIONALI
Settore Servizi alla didattica
Ufficio Post lauream

SEZIONE 2 - DATI FISCALI, PREVIDENZIALI, ASSISTENZIALI

Il sottoscritto/a	COGNOME E NOME (indicare nuovamente)	
Codice fiscale		

DICHIARA

Sez. A	Di essere iscritto all'Albo dei medici di.....	Provincia		Numero iscrizione		Data	/...../.....	
Sez. B	Di essere titolare di pensione diretta (qualsiasi tipo di pensione purché non di reversibilità)						☐ SI	☐ NO
	Di essere iscritto ad una cassa obbligatoria per il versamento dei contributi previdenziali: (se SI barrare la casella che interessa nell'elenco)						☐ SI	☐ NO
	☐ 001	Pensionati di tutti gli enti obbligatori	☐ 002	Iscritti a gestione separata INPS titolari di pensione previdenziale diretta Circ. INPS n. 42 26/02/2000				
	☐ 101	Fondo pensioni lavoratori dipendenti (F.do INPS)	☐ 306	Consulenti del lavoro				
	☐ 102	Artigiani	☐ 307	Notai				
	☐ 103	Commercianti	☐ 308	Medici ☐ ENPAM				
	☐ 104	Coltivatori diretti, mezzadri e coloni	☐ 309	Farmacisti				
	☐ 105	Versamenti volontari	☐ 310	Veterinari				
	☐ 106	Versamenti figurativi (Cassa integrazione e guadagni, etc..)	☐ 311	Chimici				
	☐ 201	Dipendenti EE. Locali, Enti pubblici non economici, Amm.ni dello Stato (F.di INPDAP)	☐ 312	Agronomi				
	☐ 401	Dirigenti d'azienda (F.di INPDAP)	☐ 313	Geologi				
	☐ 501	Lavoratori dello spettacolo (F.di ENPALS)	☐ 314	Attuari				
	☐ 601	Lavoratori Poste Italiane (F.di IPOST)	☐ 315	Infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia				
	☐ 301	Dottori commercialisti	☐ 316	Psicologi				
	☐ 302	Ragionieri	☐ 317	Biologi				
	☐ 303	Ingegneri ed architetti	☐ 318	Periti Industriali				
	☐ 304	Geometri	☐ 319	Agrotecnici, Periti agrari				
	☐ 305	Avvocati	☐ 320	Giornalisti				
	ALTRO	☐ 321	Spedizionieri					
Sez. C	Di essere iscritto alla gestione separata INPS di cui alla L. 335/1995 (In caso di mancata iscrizione lo specializzando dovrà provvedere personalmente ad aprire una posizione presso l'Inps.)						☐ SI	☐ NO
	Di aver percepito nell'anno 2024 compensi assoggettati alla gestione separata INPS superiori a Euro 100.324,00						☐ SI	☐ NO

SEZIONE 3 - MODALITÀ DI PAGAMENTO (Terms of Payment)

MODALITÀ DI PAGAMENTO - Barrare la casella che interessa - tick the appropriate box											
☐	Accreditamento su C/C italiano, intestato o co-intestato (codice IBAN obbligatorio) for payment into an Italian current account										
CODICE IBAN											
Paese	Check Digit	Cin	ABI			CAB			n. conto corrente		
Paese: 2 caratteri alfabetici IT per Italia						Check Digit: 2 caratteri numerici					
CIN: 1 carattere alfabetico						codice ABI: 5 caratteri numerici					
CAB: 5 caratteri numerici						c/corrente: 12 caratteri alfanumerici (No caratteri speciali / -)					

LOCALITÀ

DATA

(firma del dichiarante)