

**DICHIARAZIONE D'APPARTENENZA O ESTRANEITÀ
ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

A tale fine il/la sottoscritto/a

Nome:	Cognome:
Codice fiscale:	

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

di essere dipendente di un ente pubblico/pubblica amministrazione:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
di essere dipendente del seguente ente pubblico :		
.....		
Codice fiscale dell'Amministrazione d'appartenenza:		
Via e n. civico:		
CAP - Località - Prov.:		
N. tel.		
Indirizzo PEC:		
Ruolo/Qualifica nell'Amministrazione d'appartenenza:		

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere dipendente pubblico con obbligo di presentazione di nulla osta all'amministrazione d'appartenenza ai sensi dell'art. 53 D. Lgs. 165/2001

Sì <input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Solo nel caso in cui il/la sottoscritto/a risulti vincitore/vincitrice, s'impegna a far pervenire alla Libera Università di Bolzano, nel più breve tempo possibile, l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza o comunque la comunicazione con esito non favorevole. Nel frattempo, allega la richiesta d'autorizzazione presentata all'Amministrazione d'appartenenza ai sensi dell'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001, recante il timbro e la data di ricezione della domanda stessa.</p> <p>Il prestatore d'opera intellettuale si impegna a richiedere l'autorizzazione per tutti gli ulteriori conferimenti d'incarichi (anche riguardanti i prossimi anni accademici) e a far pervenire alla Libera Università di Bolzano, nel più breve tempo possibile, l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza o comunque la comunicazione con esito non favorevole.</p>
-----------------------------	--

No <input type="checkbox"/>	<p>In caso rientri nelle esclusioni soggettive previste dall'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001, dichiarare una delle seguenti motivazioni:</p> <p><input type="checkbox"/> tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50% di quella a tempo pieno</p> <p><input type="checkbox"/> attività di docenza e di ricerca scientifica con esclusione degli incaricati che sono professori/ricercatori presso altre università in Italia</p> <p><input type="checkbox"/> altro: (indicare la norma)</p>
-----------------------------	---

Attenzione: Il compenso dovuto non può essere liquidato qualora il presente modulo non sia completo in **tutte** le sue parti.

I dati dichiarati nel presente modulo sono validi **fino a revoca**.

Il/La sottoscritto/a **s'impegna a comunicare** ogni eventuale **variazione** dei medesimi indicandone la decorrenza. Nel caso di ritardata/mancata comunicazione di variazioni a unibz i dati pensionistici del/la sottoscritto/a presso l'INPS possono risultare incompleti o errati.

Data Firma