ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

Alla Segreteria di Dipartimento

(INSERIRE TUTTI I DATI RICHIESTI IN STAMPATELLO MAIUSCOLO)

PROGRAMMA MARCO POLO

Dichiarazione sostitutiva a norma del DPR 28 dicembre 2000 n.445

Il sottoscritto **(cognome)** ……... **(nome)** ……

DICHIARA DI RICOPRIRE LA SEGUENTE QUALIFICA (barrare la qualifica corrispondente)**:**

Ricercatore non confermato	Ricercatore a tempo determinato	Titolare di assegno di ricerca	Dottorando di ricerca **con/senza** borsa di studio

a) di essere nato a…… (prov. ……) il ……

b) che il proprio codice fiscale è ……

c) di avere il domicilio fiscale nel Comune di…… (prov. ……)

d) c.a.p. …….. Via/Piazza …… n. ……

e) telefono ……fax ……cellulare……

email ……

DICHIARA CHE IL DIPARTIMENTO DI AFFERENZA DEL DOCENTE DI RIFERIMENTO È:

……

E CHIEDE CHE IL PAGAMENTO VENGA EFFETTUATO SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ:

❑ VERS. C/C N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ CIN ☐ ABI ☐☐☐☐☐ CAB ☐☐☐☐☐

obbligatorio indicare 12 caratteri per il N. di C/C, 1 carattere per il CIN, 5 caratteri per l'ABI e 5 caratteri per il CAB

Codice IBAN ……

BANCA _____ CITTA' _____ AGENZIA N°___ _____

❑ BANCOPOSTA N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ CIN ☐ ABI ☐☐☐☐☐ CAB ☐☐☐☐☐

obbligatorio indicare 12 caratteri per il N. di C/C, 1 carattere per il CIN, 5 caratteri per l'ABI e 5 caratteri per il CAB

Codice IBAN ……

POSTE ITALIANE S.P.A. - CITTA' _____ AGENZIA N°_____ _____

Destinazione (città e Stato) ……

Data di partenza…… Data di rientro……

N.B. Le borse di studio erogate ad assegnisti di ricerca e dottorandi sono pagate in rate mensili posticipate.
Il contributo erogato a ricercatori non confermati e a ricercatori a tempo determinato è reso disponibile al beneficiario al rientro dal periodo svolto, previa approvazione della relazione da parte del Consiglio del Dipartimento.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali in cui incorre colui che fornisce dichiarazioni mendaci (Art.76 DPR 445/2000)

FIRMA DELL'INTERESSATO

……, lì ……

_____