



DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DELL'ASSEGNO DI RICERCA (L. 240/2010) (TIPO B)

Il/La sottoscritto/a
Nato/a a Il
Residente in Via
c.a.p. città
Codice Fiscale
E-mail TEL.

Vincitore dell'assegno di ricerca sotto la responsabilità scientifica del Prof.

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 (artt. 46 e 47), in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA:

- di accettare senza riserve l'assegno di ricerca alle condizioni indicate nel bando e nel regolamento dell'Università degli Studi di Milano;
- di non avere procedimenti o condanne penali in corso;
- di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore o appartenente al Dipartimento proponente, con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione
- di non essere iscritto a corsi di laurea, laurea specialistica o magistrale, dottorato di ricerca con borsa o specializzazione dell'area medica, nonché con l'iscrizione ad altra Scuola/Corso che prevedano la frequenza obbligatoria, né titolare di incarico di professore a contratto;
- di non usufruire durante tutto il periodo di godimento dell'assegno di altri assegni di ricerca o di altre borse di studio a qualsiasi titolo conferite;
- di non ricoprire impieghi presso Università o altri enti indicati nell'art. 22 comma 1 L.240/2010 né svolgere attività di lavoro subordinato;
- di non essere titolare di contratto coordinato o continuativo o a progetto svolto in modo continuativo né di svolgere attività libero professionale;
- di non prestare servizio presso un'Amministrazione pubblica;
- di aver percepito assegni di ricerca presso qualsiasi Università in coincidenza con un corso di dottorato senza borsa per un totale di anni.....;
- di aver percepito assegni di ricerca per un totale di anni e di impegnarsi a non superare il limite complessivo posto dalla L.240/2010 e cioè non superare i 6 anni complessivi di assegni di ricerca conferiti ai sensi della medesima legge;
- di essere iscritto alla Cassa Previdenziale Professionisti Autonomi (per es. cassa forense, Enpam,) (Solo chi è iscritto deve compilare la dichiarazione)

Data

Firma¹ _____

¹ Il dichiarante deve firmare la dichiarazione davanti al dipendente addetto a ricevere la documentazione, o nel caso in cui ciò non sia possibile, inviarla o consegnarla all'ufficio, unitamente alla fotocopia del documento d'identità del dichiarante medesimo.



Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

Che l'importo dell'assegno di ricerca venga accreditato sul C/C Bancario o Banco Posta (Intestato all'assegnista o cointestato):

CODICE IBAN :

(27 caratteri)

Banca

Agenzia

Data

firma

¹ Il dichiarante deve firmare la dichiarazione davanti al dipendente addetto a ricevere la documentazione, o nel caso in cui ciò non sia possibile, inviarla o consegnarla all'ufficio, unitamente alla fotocopia del documento d'identità del dichiarante medesimo.