



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 rapporto di coniugio, un rapporto di unione civile o di convivenza ai sensi della legge n. 76 del 20 maggio 2016, un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore o ricercatore 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 su:

C/C Bancario o Banco Posta (Intestato all' assegnista o cointestato)

CODICE IBAN PER L'ACCREDITO

Sigla internazionale	Numero di controllo (2 cifre)	CIN (1 lettera)	ABI (5 cifre)	CAB (5 cifre)	N. conto corrente (12 cifre)

Banca

Agenzia

Assegno circolare da ritirare presso l'Università

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.