



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Alla SC Centro Regionale Formazione
ARCS

Il sottoscritto.
nato a prov. il
residente in via..... n° prov.
cap..... tel..... e-mail
domicilio fiscale Prov. Cap.
via tel.
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cittadinanza ITALIANA

Avendo ricevuto la richiesta, da parte del Responsabile scientifico dell'evento, di prestare attività didattica all'interno dei seguenti eventi: **corso ARCS** _____

A TAL FINE SI DICHIARA:

consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, che chiunque rilascia dichiarazione mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

A - di essere lavoratore dipendente pubblico a tempo pieno (anche se determinato)
 di essere lavoratore dipendente pubblico a part-time, con percentuale%
 Dipendente presso: (indicare denominazione o ragione sociale dell'ente)

 Indirizzo
 con la qualifica di
 settore di attività..... presso

B - di essere lavoratore dipendente di struttura privata

C - di essere libero professionista con obbligo di rilascio di fattura specificare n. di partita I.V.A.

D - di essere titolare di assegno di ricerca presso l'Università di

E - di essere iscritto all'anno del corso di dottorato in



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

e di aver richiesto l'autorizzazione all'insegnamento di cui sopra al Collegio Docenti del Dottorato di cui sopra

- F - di essere iscritto alla gestione separata INPS art.2, comma 26, L.8.8.1995 n.335 e successive modifiche, presso la sede INPS di.....
- G - di NON essere iscritto alla gestione separata INPS art.2, comma 26, L.8.8.1995 n.335 e successive modifiche, e **si impegna ad iscriversi** entro 30 gg. dall'inizio della prestazione
- H - di essere iscritto ad altra cassa previdenziale(specificare).
- I - di essere cittadino straniero con compensi assoggettati a ritenuta alla fonte a titolo di imposta
- L - di essere cittadino straniero con regime di esenzione fiscale (convenzione di reciprocità con lo Stato italiano)
- M - altro: _____
- N - di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 i dipendenti pubblici non possono svolgere incarichi retribuiti che non siano stati previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza
- O - di avere letto e compreso il contenuto dell'informativa privacy per docenti resa ai sensi dell'art. 13 del Reg (UE) 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. 196/03 s.m.i. disponibile nella sezione dedicata del sito istituzionale di ARCS al seguente link: https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/files/INFORMATIVA_DOCENTI.pdf e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali anche di natura particolare ex art 9 GDPR per le finalità ivi descritte;

SI IMPEGNA

- 1) ad inviare il Curriculum Vitae in formato word al seguente indirizzo mail formazione@arcs.sanita.fvg.it.
- 2) a restituire, debitamente compilato e firmato, il modulo "Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse" con **allegata la fotocopia di un documento di identità.**
- 3) qualora si verifichi la situazione A) - D) oppure E) di accertare la compatibilità con il rapporto di cui al presente incarico e di chiedere la relativa autorizzazione all'Ente di appartenenza.

CHIEDE

che le proprie competenze vengano accreditate presso:

Istituto di Credito (specificare) _____ / Poste Italiane

Filiale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sigla Int. CIN ABI CAB codice conto corrente
 (lett.) (num.) (lett.) (num.)

IBAN:

Data _____

FIRMA _____

SI PREGA DI COMPILARE LA DOMANDA IN OGNI SUA PARTE

Allegati: "Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse" e Fotocopia documento identità