



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI FILOGIA CLASSICA
E ITALIANISTICA

Alla Segreteria di Dipartimento FICLIT

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 a tempo determinato	Titolare di assegno o incarico di ricerca	Dottorando di ricerca con borsa di studio	Dottorando di ricerca senza borsa di studio
---------------------------------	---	---	---

Se dottorando di ricerca compilare anche i seguenti campi:

dichiara di richiedere la maggiorazione per soggiorno estero	Ciclo di Dottorato n.....	Dottorando di ricerca Pon / PNRR
SI NO		SI NO

a) di essere nato a..... (prov.) il	
b) che il proprio codice fiscale è	
c) di avere la residenza nel Comune di..... (prov.)	
d) c.a.p.	Via/Piazza n.
e) telefono	cellulare.....
email	

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

.....

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA

Via Zamboni, 32 | 40126 Bologna | Italia | tel. + 39 051 2098550 | dipficlit.amministrazione@unibo.it

CHIEDE CHE IL PAGAMENTO VENGA EFFETTUATO SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ:

☐ Versamento su c/c bancario/bancoposta/Carta prepagata con le seguenti coordinate **IBAN** (27 caratteri numerici o alfabeticici, senza barre o virgole, come da esempio a lato)

ABI
CAB
Numero conto corrente

IT
96
W
05856
11601
050570111111

CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

N.B: L'Università è obbligata a pagare qualunque compenso d'importo superiore a 1.000 euro solo attraverso conto corrente bancario o postale, carte prepagate o altre carte elettroniche (art.12, comma 2 legge 214/2011)

Destinazione (città e Stato)

Data di partenza..... Data di rientro.....

N.B. Le borse di studio erogate a titolari di assegno, incarico di ricerca e dottorandi sono pagate in rate mensili posticipate.

Il contributo erogato 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

....., h