



# Università degli Studi di Firenze

## DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA TERRA

50121 FIRENZE - Via G. La Pira, 4  
C.F. Part.IVA 01279680480

Firenze, .....

Al Direttore del Dipartimento

### OGGETTO: ESIGENZA AFFIDAMENTO INCARICO DI COLLABORAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ responsabile scientifico del progetto di ricerca/innovazione tecnologica \_\_\_\_\_ finanziato da \_\_\_\_\_,

preso atto della Circolare n. 9, prot. N. 18207 del 17/03/2010, in cui si comunica che l'efficacia dell'affidamento dell'incarico è subordinata all'esito positivo del controllo preventivo della Corte dei Conti

rende nota la necessità di attivazione del seguente incarico di collaborazione:

#### TIPOLOGIA CONTRATTUALE (*barrare una sola casella*)

- Collaborazione coordinata e continuativa  
 Prestazione occasionale  
 Prestazione professionale

#### ATTIVITÀ DI SUPPORTO A: (*barrare una sola casella*)

- Attività scientifica o tecnica (direttamente finalizzata alla produzione scientifica legata ad attività di ricerca)  
 Attività amministrativa (direttamente connessa ad uno specifico progetto/programma di ricerca o fase di esso)  
 Consulenze (attività svolta da professionisti per l'esecuzione di perizie, collaudi, attività legali, analisi tecniche, ...)  
 Elaborazione dati

#### ATTIVITÀ DEL COLLABORATORE (*nella descrizione delle attività deve risultare la natura altamente qualificata delle prestazioni richieste*)

---

---

Il responsabile scientifico dichiara, in conformità alla normativa vigente in materia di lavoro flessibile, che l'incarico di collaborazione:

- soddisfa esigenze legate allo svolgimento del progetto di ricerca /innovazione tecnologica da lui diretto;
- risponde agli obiettivi scientifici del progetto stesso;
- rispetta tutte le prescrizioni normative vigenti in materia di lavoro flessibile;
- il progetto prevede il ricorso a contratti di collaborazione;

- la prestazione richiesta ha natura temporanea ed altamente qualificata e necessita di particolare e comprovata specializzazione universitaria;
- è stata verificata attraverso una cognizione, l'impossibilità di utilizzare le risorse umane disponibili presso la struttura per lo svolgimento delle attività previste nelle linee d'azione del progetto, in quanto:
- la professionalità richiesta non è presente nella struttura,
- la professionalità richiesta è presente nella struttura ma l'attuale carico di lavoro del personale individuato non consente lo svolgimento di ulteriori attività

**PROGETTO/PROGRAMMA DI ATTIVITÀ O FASE DI ESSO IN CUI VERRÀ SVOLTA L'ATTIVITÀ  
(contenuto caratterizzante) PER COLLABORAZIONI COORDINATE E CONTINUATIVE**

---

---

---

**DURATA DELLA COLLABORAZIONE** (*considerare che la prestazione potrà iniziare dopo circa 4 mesi dall' approvazione degli organi collegiali, per gli ulteriori adempimenti previsti dal controllo preventivo della Corte dei Conti*)

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**LUOGO DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ**

---

**MODALITÀ DI ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE** (*indicare se con mezzi propri del collaboratore e/o con quelli della struttura) N.B. in caso di progetti europei la collaborazione si dovrà svolgere necessariamente con mezzi della struttura*

---

**COMPENSO**

Compenso complessivo al lordo delle ritenute fiscali, previdenziali e assistenziali esclusi gli oneri a carico del Dipartimento (Irap, Inps, Inail) € \_\_\_\_\_

eventuale IVA      inclusa     esclusa

Codice Progetto: \_\_\_\_\_ Assegnatario: \_\_\_\_\_

Si dichiara che il compenso proposto è congruo in relazione alla prestazione richiesta e che nell'ambito del capitolo di spesa sussiste apposito budget per l'attivazione di contratti di collaborazione.

## **REQUISITI PER L'AMMISSIONE ALLA SELEZIONE**

- titolo di studio e relativa classe:** \_\_\_\_\_
- esperienza professionale relativa a:** \_\_\_\_\_
- conoscenze applicativi informatici:** \_\_\_\_\_
- conoscenze linguistiche:** \_\_\_\_\_
- titolarità di partita iva:** \_\_\_\_\_
- altro:** \_\_\_\_\_

## **MODALITA' DI VALUTAZIONE (barrare una sola casella)**

- Per titoli
- Per titoli e colloquio

**COLLOQUIO** (*la data dovrà essere stabilita almeno 10 giorni dopo la scadenza del termine di pubblicazione dell'avviso di selezione*)

Data: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_

**PROPOSTA DI ESPERTI COMPONENTI LA COMMISIONE** (da nominare con decreto del Direttore del Dipartimento)

Presidente: ..... Qualifica ..... ( esterno  interno)  
Membro: ..... - Qualifica ..... ( esterno  interno)  
Membro: ..... - Qualifica ..... ( esterno  interno)  
Membro supplente:..... Qualifica ..... ( esterno  interno)

*N.B. per la qualifica, indicare se: P.O., P.A., R.U., T/A*

Il Responsabile Scientifico

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA AMMINISTRATIVA**

**RICHIESTA APPROVATA** con delibera Consiglio/Giunta del \_\_\_\_\_  
**DECRETO** n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Codice capitolo di spesa F.S. \_\_\_\_\_  
Prenotazione di spesa n. \_\_\_\_\_ del. \_\_\_\_\_