



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 ricognizione, 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 VERRA' SVOLTA L'ATTIVITA'
(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 COMMISSIONE *(da nominare con decreto del Direttore del Dipartimento)*

Presidente:- Qualifica	(<input type="checkbox"/> esterno <input type="checkbox"/> interno)
Membro:- Qualifica	(<input type="checkbox"/> esterno <input type="checkbox"/> interno)
Membro:- Qualifica	(<input type="checkbox"/> esterno <input type="checkbox"/> interno)
Membro supplente:- Qualifica	(<input type="checkbox"/> esterno <input type="checkbox"/> 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 _____