AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. DEL 28 DICEMBRE 2000, N. 445

DATI ANAGRAFICI

Cognome DE CARLO **Nome** ANDREA FERNANDO

Luogo di Nascita CASARANO (LECCE) **Data di Nascita** 18/04/1977

Residenza Fiscale[1] via IV Novembre, S.N. - 73040 Alliste (Lecce)

Codice Fiscale DCRNRF77D18B936E **E-Mail** afdecarlo @ unior.it

Coniugato ☐ **SI** ☑ **NO**

Codice Fiscale del coniuge (anche se non fiscalmente a carico)

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, **DICHIARA**

di **essere** titolare di un rapporto di collaborazione con il DFP ☐ SI ☑ NO

Se titolare di rapporto di collaborazione, indicare l'Ufficio

di **essere** titolare di un incarico conferito a qualsiasi titolo dall'Amministrazione Committente ☐ SI ☑ NO

Se titolare di un incarico, indicare l'Ufficio

di **essere** dipendente pubblico presso amministrazioni diverse da quelle sopra indicate ☑ SI ☐ NO

Se dipendente pubblico specificare:

Amministrazione, Ente, Organismo di Appartenenza: Università di Napoli L'Orientale - Ufficio personale

Indirizzo dell'Ufficio che rilascia l'autorizzazione: Palazzo del Mediterraneo, Via Nuova Marina 59, 80133 NAP

Qualifica: Professore associato

☑ con obbligo di esplicita autorizzazione dell'Ente di appartenenza

☐ senza obbligo di esplicita autorizzazione dell'Ente di appartenenza (indicare i motivi)

di **essere** pensionato ☐ SI ☑ NO

di **essere** iscritto in apposito albo professionale ☐ SI ☑ NO

Se iscritto ad un albo professionale indicare l'albo

Specificare che l'attività oggetto dell'incarico proposto rientra tra quelle per cui è necessaria l'iscrizione all'albo ☐ SI ☑ NO

di **essere** titolare di Partita IVA ☐ SI ☑ NO

Se titolare di Partita IVA specificare:

Che l'oggetto dell'incarico proposto è relativo all'attività esercitata con partita IVA ☐ SI ☑ NO

Di non essere titolare di una partita iva personale e di esercitare l'attività professionale solo per conto di uno studio associato, indicare: ☐ SI ☑ NO

Denominazione

Partita IVA

di **essere** Ditta Individuale iscritta alla Camera di Commercio ☐ SI ☑ NO

Che la relativa fattura verrà emessa come segue (indicare ragione sociale completa)

di **essere** iscritto ad una Cassa di Previdenza ☑ SI ☐ NO

Se iscritto ad una Cassa di Previdenza specificare:

☐ Gestione Separata INPS (ex art. 2, co.26, L. n. 335/1995)

☑ Altro Gestione Dipendenti Pubblici dell'INPS

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse verificarsi in me[illegible] precedentemente dichiarato.

DATA	
04/07/2026	Firmato digitalmente da Andrea Fernando De Carlo Data: 04.07.2026 20:26:17 CEST

AREA RISERVATA FORMEZ PA

PROTOCOLLO INCARICO Numero Data

[1] Se residente all'estero in paesi extra UE, allegare al presente Modulo di autocertificazione, copia di un certificato di residenza