



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Dipartimento di
CHIMICA e TECNOLOGIE
del FARMACO

**CONFERIMENTO INCARICO PER
PRESTAZIONE PROFESSIONALE**

Gentile Dott./Dott.ssa

A seguito della richiesta del/della Prof./Prof.ssa

Responsabile scientifico del

con la presente le affido l'incarico di svolgere la seguente attività:

La sua prestazione avrà inizio il _____ e dovrà essere assolta entro il _____

Il sottoscritto le riconoscerà per la suddetta prestazione, che rientra nell'oggetto tipico della sua attività professionale abituale, un corrispettivo pari a € _____ comprensivo di ogni ritenuta fiscale, oneri previdenziali e IVA, da versarsi in relazione all'effettuazione della prestazione, all'eventuale consegna della documentazione richiesta e dietro presentazione di regolare fattura (ex art. 5, primo comma, DPR 633/72). Nessuna ulteriore somma sarà dovuta ad altro titolo. La sua attività dovrà svolgersi in regime di lavoro autonomo, senza vincoli di orario, di obbligo di lavoro nei locali del committente ed in assenza di ogni vincolo di subordinazione. Il Dipartimento di Informatica si riserva di denunciare l'incarico qualora non venga rispettato il termine perentoriamente indicato. In questo caso il Dipartimento di Informatica non sarà obbligato a corrispondere il compenso pattuito.

Il/la Prof./Prof.ssa _____, responsabile scientifico dei fondi su cui graverà la spesa, provvederà ad accettare la documentazione relativa e farà fede dell'avvenuto controllo siglando la relativa fattura.

Distinti saluti.

Roma, _____

Il Direttore

Per accettazione
