

PRESTAZIONI DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE COMUNICAZIONE DATI PER INQUADRAMENTO FISCALE E PREVIDENZIALE

COGNOME _____ NOME _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ C.F. _____

(allegare copia del tesserino codice fiscale)

P.I. _____ E mail _____ Tel. n. _____

pec (indirizzo di posta elettronica certificata) _____

Residenza anagrafica: Comune _____ Località _____

Via _____ n. _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Compilare solo se diverso dalla residenza anagrafica:

domicilio fiscale Comune _____ Località _____

Via _____ n. _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Titolo di studio (art. 3 comma 76 L. 24.12.2007): _____

Stato estero di residenza _____ codice identificativo fiscale estero _____

in relazione al rapporto in fase di perfezionamento con _____ ,

(indicare la struttura)

di cui alla lettera di incarico prot. n. _____ del _____ **che si allega alla presente**

consapevole che:

- è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

DICHIARA

di svolgere l'attività professionale di

pertinente all'oggetto del presente incarico

non pertinente all'oggetto del presente incarico (in questo caso compilare il modulo per le prestazioni occasionali)

che la prestazione richiesta è esercitata

in forma propria

non in forma propria e la fattura verrà emessa da (es. Studio Associato) _____

Indirizzo _____

P.I. _____

e di essere

PROFESSIONISTA (art. 53 comma 1 DPR 917/86), in quanto l'attività richiesta rientra nell'oggetto tipico della sua attività professionale abituale con **obbligo** di rilascio di **fattura** (art. 5 comma 1 DPR. 633/1972), per cui l'**IRAP** è dovuta dal sottoscritto ed in tal senso libera l'Ente committente da obblighi al proposito.

FIRMA _____

iscritto nell'Albo/Ordine _____ e pertanto di essere/non essere iscritto ai fini previdenziali nella Cassa di Previdenza _____

FIRMA _____

non iscritto in alcun Albo professionale e senza Cassa di Previdenza, ma con attività professionale svolta in forma abituale anche se non esclusiva

FIRMA _____

**AGLI EFFETTI DELL'APPLICAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVIDENZIALE INPS DI CUI
ALL'ART. 2 COMMI DA 25 A 32 L. 335/1995
IL SOTTOSCRITTO CONFERMA QUANTO SOPRA ESPOSTO E DICHIARA :**

che le prestazioni di cui all'incarico ricevuto danno origine a redditi professionali non assoggettati a contribuzione obbligatoria previdenziale presso la cassa di previdenza di categoria e/o i versamenti alla cassa di previdenza di categoria vengono effettuati a titolo di solidarietà non dando diritto gli stessi a trattamento pensionistico a carico della cassa; pertanto è **sogetto**, a propria cura ed onere, al pagamento del contributo al fondo **Gestione Separata**.

FIRMA _____

che in fattura verrà esposto

- il contributo previdenziale del _____ %
- rivalsa del _____ %

che

- rientra in un regime fiscale agevolato (dichiarare il regime di esenzione)

- _____
- non rientra in un regime fiscale agevolato

DICHIARA INOLTRE

ai sensi dell'art. 53, comma 14, secondo periodo, del Decreto Legislativo 165/2001

- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi¹

FIRMA _____

e ai sensi del Decreto Legislativo n. 33/2013:

- di **non svolgere** incarichi né di avere titolarità di cariche in enti di diritto pubblico e/o di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

FIRMA _____

- di svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto pubblico e/o di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e/o lo svolgimento di attività professionali.

- non** individua nell'Università di Siena l'Amministrazione Pubblica che gli ha conferito l'incarico prevalente in termini economici

FIRMA _____

- individua nell'Università di Siena l'Amministrazione Pubblica che gli ha conferito l'incarico prevalente in termini economici (*in tal caso specificare compilando ed allegando l'apposito modello "limiti trattamenti economici"*)

FIRMA _____

¹ Il conflitto di interessi può essere definito come la situazione nella quale il collaboratore sia portatore di interessi propri i quali contrastino o possano contrastare con quelli perseguiti dal Committente. In particolare, il conflitto potrebbe avere ad oggetto un interesse (privato) del collaboratore, contrapposto ad un interesse (pubblico) dell'Amministrazione.

Gli interessi personali possono avere tanto natura patrimoniale quanto non patrimoniale, in particolare, a titolo solo esemplificativo e non esaustivo, nel caso di un contratto di ricerca/consulenza lo svolgimento di attività professionale presso uno studio associato può costituire conflitto potenziale di interessi qualora con una sua decisione il consulente possa favorire in modo indiretto suddetto studio.

e sceglie la seguente modalità di pagamento:

BONIFICO BANCARIO/POSTALE/CARTA PREPAGATA (solo con codice IBAN)

Agenzia _____ sede _____

CODICE IBAN																				
Sigla Inter	n. contr o.	Cin	ABI					CAB					numero conto							
(2 lettere)		(2 numeri)		(1 lettera)		(5 numeri)					(5 numeri)					(12 numeri)				

BONIFICO BANCARIO ESTERO

SWIFT CODE _____

IL BENEFICIARIO

L'Università degli Studi di Siena utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. L'interessato/a potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco (L. 675/96 e D. Lgs. 196/2003).

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 D.P.R. 445/2000). Se il documento non è più valido, dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti, non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.

L'Università di Siena effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art. 71 e 72 DPR 445/2000).

Il sottoscritto conferma che, ai fini fiscali previdenziali ed assicurativi, la propria posizione si identifica nella fattispecie di cui alla precedente dichiarazione e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Università degli Studi di Siena da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

Siena, _____

FIRMA _____

ALLEGATI: _____

N.B. allegare copia di un documento di riconoscimento e copia del codice fiscale

(modello valido dal 01/01/2018)

DATI NECESSARI PER LA CERTIFICAZIONE DEI REDDITI

(di cui all'art. 4, commi 6-ter e 6-quater, del D.P.R. 22 luglio 1998 n.322)

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Stato civile:

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Divorziato/a

Separato/a legalmente ed effettivamente

Convivente

Vedovo/a

Dati anagrafici del coniuge

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____ (*obbligatorio allegare copia del tesserino*)

Firma _____

chiede

che la CERTIFICAZIONE DEI REDDITI (CU), nei casi in cui non sia spedita con raccomandata A/R presso il domicilio fiscale o caricata nel servizio di accesso online UGOV Stipendi, sia inviata al seguente indirizzo di posta elettronica non istituzionale (cioè non @unisi.it)

_____ *si raccomanda di scrivere in modo leggibile*

Firma _____

Data _____