

CHIEDE

che il pagamento del compenso venga corrisposto secondo le seguenti modalità di pagamento:

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatori 27 caratteri alfanumerici).

ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI!

Codice Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	C/C (12 caratteri alfanumerici)

BANCA _____ CITTA' _____

AGENZIA O FILIALE DI _____

RISCOSSIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO DI UNA QUALUNQUE FILIALE BANCA POPOLARE DI VERONA(BPV)

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.PR. 445/00, **di essere nella propria attività lavorativa e nei confronti della prestazione richiesta** (barrare le caselle di interessano):

DIPENDENTE DI PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (è necessario il nulla osta preventivo dell'Amministrazione di appartenenza nel caso di impiego a tempo pieno o part-time superiore al 50%)

a tempo indeterminato

a tempo determinato
dal.....al.....

a tempo pieno o part-time superiore al 50%

part-time al 50% o inferiore

➤ **RISERVATO AI LAVORATORI DIPENDENTI DI PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI ai fini dell'ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI** rese dal personale delle pubbliche amministrazioni art. 53 D.lgs.165/2001

DI AVER RICHIESTO L'AUTORIZZAZIONE ALL'ENTE DI APPARTENENZA

ENTE DI APPARTENENZA: _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n° _____

DOCENTE UNIVERSITARIO (è necessario il nulla osta preventivo dell'Università di appartenenza nel caso di impiego a tempo pieno)

a tempo PIENO

a tempo DEFINITO

DIPENDENTE PRIVATO

a tempo INDETERMINATO

a tempo DETREMINATO
dal.....al.....

Dichiara sotto la propria responsabilità di trovarsi seguente **POSIZIONE:**

A. Professionista (art. 53 1° comma, DPR 917/86)

(l'attività di collaborazione rientra nell'oggetto dell'attività professionale svolta abitualmente)

- iscritto all'Albo.....e alla Cassa di Previdenza
 non iscritto in alcun Albo professionale e senza Cassa di Previdenza

Firma _____

B. Professionista "esordiente" (art. 13 Legge 328/2000) non assoggettato a ritenuta d'acconto

(l'attività di collaborazione *rientra nell'oggetto* dell'attività professionale svolta abitualmente)

- iscritto all'Albo.....e alla Cassa di Previdenza
 non iscritto in alcun Albo professionale e senza Cassa di Previdenza

Firma _____

C. Professionista che si avvale del regime per i CONTRIBUENTI MINIMI (art.1, commi da 96 a 117 Legge Finanziaria 2008)

Firma _____

D. Collaboratore coordinato e continuativo senza vincolo di subordinazione (art.50 comma 1 lettera c-bis, DPR 917/86)

→ **Compilare sezione previdenziale!**

Firma _____

E. Lavoratore autonomo che esercita abitualmente attività professionali e pertanto di svolgere l'attività suddetta in forma del tutto occasionale (art.67, comma 1, lettera 1 DPR 917/86)

→ **Compilare sezione previdenziale!**

Firma _____

Ai fini della copertura previdenziale DICHIARA, altresì:

- **Riservato ai soggetti di cui alle lettere D), E) precedenti (co.co.co., lavoratori autonomi occasionali)**

(Si raccomanda di firmare la lettera A ed UNA delle lettere successive (B, C, D). La mancata sottoscrizione dei campi sotto indicati comporterà infatti il mancato pagamento fino al momento della regolarizzazione della posizione previdenziale).

A) che ha **provveduto/provederà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) all'iscrizione alla gestione separata presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96.

Firma _____

B) di essere **titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** (ES. INPDAP, INPS, etc..) c/o l'Ente e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 17%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____

C) di essere **titolare di pensione diretta** quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 17%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____

D) di **non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità e di** e quindi, soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 26,72%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva

Firma _____

E) Di superare il limite contributivo annuo di € **92.147,00**e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva.

Firma _____

LEGGE FINANZIARIA 2008 art.3 commi da 43 a 53

Emulmenti a carico di Pubbliche Amministrazioni, società pubbliche partecipate e loro controllate e collegate

DICHIARA

(ai sensi degli articoli 43 e 46 d.P.R: n. 445 del 2000)

che nel corso dell'anno solare _____, in relazione agli impegni già assunti con amministrazioni statali, agenzie, enti pubblici economici, enti di ricerca, università, società non quotate a totale o prevalente partecipazione pubblica e loro controllate, potrà ricevere una retribuzione complessiva e a carico dei predetti Enti:

- Non superiore ad € 289.984,00
 Superiore ad € 289.984,00 e così composta:

Ente _____ compenso _____ data conferimento _____

Firma _____

Il Sottoscritto/a DICHIARA inoltre di aver visionato il modulo "Richiesta DETRAZIONI per carichi di Lavoro e di Famiglia" e RICHIEDE:

- L'applicazione delle detrazioni (Si richiede obbligatoriamente la compilazione del modulo)
 La non applicazione delle detrazioni

Firma _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A PRENDE ATTO

Che il D. Lgs. 30/06/03 n. 196 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo il decreto legislativo indicato, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 del suddetto decreto la informiamo che il trattamento che intendiamo effettuare:

- ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a Suo favore dei compensi dovuti e l'applicazione degli adempimenti contributivi, previdenziali e fiscali previsti dalla normativa vigente;
- sarà effettuato con modalità prevalentemente informatizzate;
- i dati in possesso dell'Università potranno essere forniti ad altri soggetti pubblici (quali, ad es. Ministero dell'Economia e delle Finanze, Inps) per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge

S'IMPEGNA

inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d'ora Università degli Studi di Verona da ogni responsabilità in merito.

(data)

(Firma leggibile dell'interessato)