



INQUADRAMENTO FISCALE E PREVIDENZIALE COLLABORATORI RESIDENTI IN ITALIA

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o atto di notorietà a norma del DPR 445/2000

*Il modulo deve essere debitamente compilato nelle parti che interessano.
Si prega di non omettere informazioni necessarie per la corretta gestione delle posizioni*

Il Sottoscritto/a (Cognome Nome) _____

Sesso M F Luogo di nascita: _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza:

Comune _____

Via _____ N° _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Recapiti:

Telefono abitazione _____ Telefono ufficio _____ Cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Compilare SOLO in caso di intervenute variazioni di residenza, in relazione alla data indicata!

Residenza al 01/01/2020 Via _____ N° _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

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 _____ AGENZIA O FILIALE DI _____ CITTA' _____



DICHIARA

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

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
 part-time al 50% o inferiore

a tempo determinato dal al

➤ **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 (da allegare)

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, nei casi previsti per legge)

a tempo PIENO

a tempo DEFINITO

DIPENDENTE PRIVATO

a tempo INDETERMINATO

a tempo DETERMINATO dalal

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di trovarsi seguente posizione di COLLABORATORE coordinato e continuativo senza vincolo di subordinazione (art.50 comma 1 lettera c-bis, DPR 917/86)

Firma _____

Ai fini della copertura previdenziale DICHIARA, altresì:

(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.

Firma _____

B) di essere **titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** (es.: ex INPDAP, INPS, INPGI etc) **c/o l'Ente**e di essere **iscritto alla cassa previdenziale** e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 24,00%**. 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 24,00%**. 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 34,23%**. 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 massimale annuo della base contributiva INPS pari ad **€ 103.055,00 presso la gestione separata L. 335/95** e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva.

Firma _____



RICHIEDE

ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, di cui all'art 76, per le dichiarazioni mendaci

DETRAZIONI PER LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATO

agli effetti dell'applicazione delle DETRAZIONI d'imposta previste dall'art. 13 del D.P.R. 917/1986 CHIEDE

- l'applicazione delle detrazioni di cui al predetto art. 13 del D.P.R. 917/86 a decorrere dal.....;
- l'applicazione dell'aliquota marginale IRPEF (*) nella misura del _____ % in luogo di quella progressiva a scaglioni collegata all'entità dell'emolumento nel periodo d'imposta. L'applicazione dell'aliquota marginale esclude l'applicazione della detrazione ex art. 13.

(*) N.B.: le aliquote in vigore sono le seguenti: 23%, 27%, 38%, 41%, 43%; (può comunque essere indicata un'aliquota diversa compresa tra la minima e la massima).

LEGGE STABILITA' 2014 art. 1 commi 471 ss

DICHIARA

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

che **nel corso dell'anno solare 2020, 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 in ragione di rapporti di lavoro subordinato o di lavoro autonomo:

- Non superiore ad € 240.000**
- Superiore ad € 240.000 e così composta:**

Ente _____ compenso lordo _____ data
conferimento _____

Firma _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A PRENDE ATTO

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (a seguire: Regolamento) si informano i titolari di incarico di insegnamento che il trattamento dei dati personali forniti, o comunque acquisiti dall'Università di Verona, ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a loro favore dei compensi dovuti e l'applicazione degli adempimenti contributivi, previdenziali e fiscali previsti dalla normativa vigente e verrà effettuato presso l'Ateneo da parte di personale autorizzato, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

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)