



SCHEDA ANAGRAFICA PROFESSORI A CONTRATTO

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
Domicilio FISCALE (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
Recapito per eventuali comunicazioni: telefono \_\_\_\_\_
e-mail \_\_\_\_\_

Compilare solo se alla data indicata la residenza differiva da quella sopra dichiarata.
Residenza al 01/01/2016 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

- in servizio in qualità di lavoratore dipendente presso:
[ ] DATORE DI LAVORO PRIVATO
[ ] Tempo indeterminato [ ] Tempo determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
[ ] PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_
Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_
[ ] Tempo indeterminato [ ] Tempo determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- titolare di assegno di ricerca presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_ dell'Università di Verona.
- dottorando presso la Scuola \_\_\_\_\_ dell'Università di Verona.

al quale sono stati attribuiti incarichi di insegnamento per l'A.A. 2016/2017 in qualità di:
[ ] Professore a contratto [ ] Esperto di alta qualificazione (Tit. II Regolamento D.R. 1768/2011 e ss.mm.)
[ ] Soggetto in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali (Tit. III Reg. D.R. 1768/2011 e ss.mm.)
[ ] Docente, studioso o professionista straniero di chiara fama (Tit. IV Regolamento D.R. 1768/2011 e ss.mm.)

presso i Corsi di Laurea e Laurea Magistrale e/o Percorsi Abilitanti Speciali (PAS)/Corsi di Tirocinio Formativo Attivo (TFA) afferenti a:
[ ] Dipartimento di: \_\_\_\_\_
[ ] Scuola di Medicina e Chirurgia

CHIEDE
che il compenso venga corrisposto secondo la seguente modalità di pagamento:

[ ] IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatorie 27 caratteri alfanumerici)
ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI
Table with 6 columns: Codice Paese, Cin Eur, Cin, ABI, CAB, C/C (12 caratteri alfanumerici)
BANCA \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_
AGENZIA O FILIALE DI \_\_\_\_\_

## 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 TROVARSI NELLA SEGUENTE POSIZIONE:

- a) **Professionista** (art. 53, 1° comma, DPR 917/86) (l'attività di docenza rientra nell'oggetto della propria professione abituale, ancorché non esclusiva, con obbligo di rilascio fattura).

PARTITA IVA | | | | | | | | | | | | | | | |

- iscritto** all'Albo/Ordine/Collegio .....  
■ e alla seguente Cassa ..... Firma \_\_\_\_\_  
■ e alla Gestione separata INPS (Legge 335/95) per il versamento dei contributi previdenziali. Firma \_\_\_\_\_
- non iscritto** in alcun Albo professionale e senza Cassa.  
■ iscritto alla Gestione separata INPS (Legge 335/95) per i versamenti dei contributi previdenziali. Firma \_\_\_\_\_
- professionista **"esordiente"** (art. 13 Legge 388/2000) non assoggettato a ritenuta d'acconto. Firma \_\_\_\_\_
- professionista che si avvale del regime per i **contribuenti minimi** (art. 1, commi da 96 a 117, Legge Finanziaria 2008 modificato dall'art. 27 DL 98/2011). In tal caso allegare alla fattura relativa dichiarazione.  
Firma \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

## SEZIONE PREVIDENZIALE

(da compilare in caso sia stata sottoscritta la lettera b) nel precedente riquadro)

### Ai fini della copertura previdenziale DICHIARA, altresì

*(La sottoscrizione di una delle due opzioni alla lettera A va accompagnata dalla sottoscrizione di una delle successive lettere a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>. La mancata sottoscrizione dei campi sotto indicati comporterà 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 \_\_\_\_\_
- alla **Gestione separata** presso l'**Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica** (art. 8, comma 4 ter, Legge 135/2012 di conversione, con modificazioni, DL 95/2012) - matricola n. \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_
- a<sub>1</sub>) di essere **titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** c/o l'Ente Previdenziale \_\_\_\_\_  
(INPS, ecc.) e/o **di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità**, quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 24%. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.  
Firma \_\_\_\_\_
- a<sub>2</sub>) di essere **titolare di pensione diretta** quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 24%. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.  
Firma \_\_\_\_\_
- a<sub>3</sub>) di **non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità** e quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 31,72%. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva.  
Firma \_\_\_\_\_
- B) di **superare il massimale di reddito annuo di € 100.324,00 per redditi assoggettati a contributi previdenziali presso la Gestione separata** 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

**SEZIONE FISCALE**

▪ **Agli effetti dell'applicazione delle DETRAZIONI PER LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATO previste dall'art. 13 del D.P.R. 917/1986**

- l'applicazione delle detrazioni di cui al predetto art. 13 del D.P.R. 917/86 a decorrere dal \_\_\_\_\_;
- di tenere conto per l'anno 2017 anche dell'ammontare di redditi ulteriori rispetto a quelli erogati dall'Università degli Studi di Verona, pari ad € \_\_\_\_\_;

▪ **Agli effetti dell'applicazione delle ritenute IRPEF**

- 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 IRPEF esclude l'applicazione delle detrazioni art.13 del D.P.R. 917/1986.

(\*\*) 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).

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 43 e 46 del D.P.R. n. 445/2000

**LEGGE STABILITÀ 2014 art. 1 commi 471 ss.**

**Art. 13 DL del 24 dicembre 2014, n. 66 convertito con modificazioni dalla Legge 23 giugno 2014, n. 89**

che nel corso dell'anno solare 2016, in relazione agli impegni già assunti con amministrazioni statali, agenzie, enti pubblici economici e non economici, enti di ricerca, università, società non quotate a totale o prevalente partecipazione pubblica e loro controllate, potrà ricevere una retribuzione complessiva a carico dei predetti Enti in ragione di rapporti di lavoro subordinato o di lavoro autonomo:

- Non superiore a € 240.000,00;
- Superiore a € 240.000,00 e così composta:  
Ente: \_\_\_\_\_ compenso: \_\_\_\_\_ data conferimento \_\_\_\_\_  
Ente: \_\_\_\_\_ compenso: \_\_\_\_\_ data conferimento \_\_\_\_\_  
Ente: \_\_\_\_\_ compenso: \_\_\_\_\_ data conferimento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**PRENDE ATTO**

che il D. Lgs. 30/06/2003 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:

- a) 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;
- b) sarà effettuato con modalità prevalentemente informatizzate;
- c) 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)