



**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° \_\_\_\_\_

**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 388/2000) 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 modificato dall'art. 27 DL 98/2011) In tal caso allegare ALLA FATTURA RELATIVA DICHIARAZIONE.(obbligatoria marca da bollo € 1,81)**

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 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.**

**Firma**\_\_\_\_\_

**B) di essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria c/o l'Ente ..... e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 20%**. 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 20%**. 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 27,72%**. 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 **€99.034,00** 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 FINANZIARIA 2008 art.3 commi da 43 a 53**

**Emolumenti 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 €293.658,95
- Superiore ad €293.658,95 e così composta:

Ente \_\_\_\_\_ compenso \_\_\_\_\_ data conferimento \_\_\_\_\_

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:

- 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)