



INQUADRAMENTO FISCALE E PREVIDENZIALE PERSONALE ESTERNO LAVORO AUTONOMO O LIBERO PROFESSIONALE 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

Luogo di nascita: **Prov.** **Data di nascita**

Codice Fiscale

Residenza:

Comune _____ **Prov.** _____ **C.A.P.** _____

Via _____ **Nº.** _____

Recapiti:

Telefono cellulare

Indirizzo di posta elettronica

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

Residenza al 01/01/2020 via _____ N. _____

CAF _____ Commune _____ PTOV: _____

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 COINTERSTATARI!!

BANCA **CITTA'**

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.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 pieno o part-time superiore al 50%

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 nei casi previsti per legge)

a tempo PIENO a tempo DEFINITO

DIPENDENTE PRIVATO

a tempo INDETERMINATO a tempo DETERMINATO dal_____ al_____

DICHIARA

**sotto la propria responsabilità di trovarsi nella seguente posizione
nei confronti dell'Università degli Studi di Verona :**

LAVORO AUTONOMO e di non esercitare abitualmente attività professionali e pertanto di svolgere l'attività suddetta in forma del tutto **occasionale** (art.67, comma 1, lettera 1 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/provverà (selezionare l'ipotesi che interessa) all'iscrizione alla gestione separata presso la sede competente INPS Firma_____

che ha **provveduto/provverà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) all'iscrizione alla gestione separata **ENPAPI** 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 quindi, soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 33,72%**. 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 massimale annuo della base contributiva INPS pari ad € 122.295,00 presso la gestione separata L. 335/95 e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva.

Firma _____

DICHIARAZIONE PER VERIFICA SUPERAMENTO DELLA FRANCHIGIA € 5.000,00

(art. 44 Legge 326/2003 – Circolare INPS n. 103/2004)

DICHIARA che fino ad oggi ha percepito **nel periodo d'imposta** _____ compensi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 67 (c.d. occasionale) d'importo complessivo non superiore a Euro 5.000,00= **e pari a Euro** _____ e comunque erogati da Enti pubblici e/o privati diversi dall'Università degli Studi di Verona. **Si dichiara, inoltre, disponibile a provvedere autonomamente al versamento dei contributi dovuti, sollevando codesto Ente da oneri e responsabilità per l'omesso involontario alla gestione separata INPS. Si impegna, nel contempo, a comunicare l'eventuale superamento del limite al fine di permettere l'applicazione della ritenuta e consentire all'Ente il versamento degli importi dovuti.**

Si raccomanda l'indicazione degli eventuali compensi già percepiti. In mancanza indicare ZERO “0”.

che fino ad oggi ha percepito **nel periodo d'imposta** _____ compensi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 67 (c.d. occasionale) superiori a Euro 5.000,00=.

DICHIARA
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
DI SVOLGERE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE
(art. 53 1° comma, DPR 917/86):

Professionista con obbligo di rilascio fattura elettronica sul compenso

Partita Iva Individuale n. _____

con domicilio fiscale in Via _____

n. _____ Città _____ Prov. _____ Cap. _____

o dello Studio Associato(*) _____

Partita Iva n. _____ in Via _____

n. _____ Città _____ Prov. _____ Cap. _____

iscritto all'Albo/Ordine _____.

Non iscritto all'Albo/Ordine:

Iscritto alla Gestione Separata INPS

Cassa 4%

Regimi minimi L. 111 del 15.07.2011

Cassa 2%

Regime forfettario l. 190/2014

Firma _____

(*) in quanto libero professionista associato ad uno studio professionale,
DICHIARA

che il pagamento eseguito allo Studio Associato è satisfattivo ed esaurisce anche le proprie pretese personali.

Firma _____

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 2026, 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 composita:

Ente _____ compenso lordo _____

data conferimento _____

Firma _____

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.

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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.

(data)

(Firma leggibile dell'interessato)