



## 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 \_\_\_\_\_ 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 01/01/2026 Via \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

<b>IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatori 27 caratteri alfanumerici).</b> <b>ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTERSTATARI!!</b>					
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 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 dal .....  a tempo determinato dal ..... al .....
- 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 (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 dal.....  a tempo DETERMINATO dal ... .....al .....

**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/provvederà** (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 quindi, soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 35,03%**. 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 \_\_\_\_\_



RICHIENDE

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%, 33%, 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 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 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)