Data .....

Spett.le
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
Servizio Bilancio e Finanza
Via Gramsci, 14

43126 PARMA PR

OGGETTO: Anagrafe tributaria.

Il sottoscritto

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____
Comune Prov. data

RESIDENZA FISCALE _____
Via n° Comune Prov. C.A.P.

DOMICILIO
(se diverso dalla residenza fiscale) _____
Via n° Comune Prov. C.A.P.

Telefono/Cellulare _____ e-mail _____

CODICE FISCALE [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

In relazione alla borsa di studio dovutami, che ai fini reddituali è assimilata ai redditi di lavoro dipendente, dichiaro che nell'anno solare 20__ (*) non sarò / sarò percettore di altri redditi di lavoro dipendente che scontano già detrazioni di IRPEF. Nel caso, quindi, mi spetterà la corrispondente detrazione di imposta annua oltre alle detrazioni per carichi famigliari (1).

Quanto sopra in base agli artt. 12 e 13 del TUIR modificativi degli art. 15 e 16 del DPR 597/73 e successive modificazioni.

Questa Azienda , per il periodo d'imposta 200__(*), provvederà quindi ad effettuare la prescritta ritenuta con le aliquote d'imposta sul reddito delle delle persone fisiche, ragguagliando al periodo di paga i corrispondenti scaglioni annui di reddito ed effettuando le detrazioni previste.

☐ Chiedo che il pagamento venga effettuato con accredito sul mio c/c bancario acceso presso

_____Agenzia _____

Codice IBAN

[ ][ ]	[ ][ ]	[ ]	[ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
codice paese	Cin IBAN	Cin BBAN	ABI	CAB	n° conto corrente

Altra forma di pagamento _____

_____
firma

(*) specificare l'anno

Informativa art. 13 del D.Lgs. 196/2003: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, secondo le disposizioni previste dal D.lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale all'uopo incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, per lo svolgimento delle attività sopra descritte e per le finalità strettamente connesse ad esse. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto a fornirli comporterà l'impossibilità di dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. E' sua facoltà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.lgs. 196/2003. Per esercitare tali diritti dovrà rivolgersi all'URP dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (tel. 0521/70314 - urp@ao.pr.it)."

A