Data .....

Spett.Le
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di PARMA
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 al pagamento per l'incarlco che mi è stato conferito , comunico quanto segue:

1 Competenze percepite a carico di terzi a titolo di lavoratore dipendente da _____ _____Sede di _____ per incarico svolto in relazione a tale qualita' (art. 47 comma 1° lett. b TUIR dpr 22.12.86 n° 917).

2 Competenze dovutemi a titolo di prestazione resa nell'esercizio di professione (art. 49 comma 1° TUIR DPR 22.12.86 N° 917) - N° PARTITA IVA | | | | | | | | | | | |

3 Competenze dovutemi a titolo di prestazione derivante da rapporto di collaborazione coordinata e continuativa (art. 47 lettera c-bis TUIR DPR 22.12.86 N° 917)

4 Competenze derivanti da prestazione di lavoro autonomo non esercitate abitualmente di cui all'art. 67 del TUIR

5 Competenze a carico di terzi per dirigente dipendente da _____ _____Sede di _____ per incarico conferito in ragione dell'ufficio o comunque conferito dalla Amministrazione di appartenenza e che devono essere corrisposte direttamente alla Amministrazione stessa (Dlgs 80/98 art. 16 comma 3)

6 Quanto poi alle disposizioni derivanti dall'applicazione della Legge n° 335/95 dichiaro quanto segue:

a non ricorrono le condizioni per l'iscrizione alla gestione separata di cui all'art. 2 comma 26

b ho presentato alla sede INPS di _____ la domanda di iscrizione alla gestione ed il versamento contributivo dovra' essere effettuato secondo le modalita' previste dal decreto attuativo con le seguenti precisazioni:

c - il sottoscritto intrattiene analogo rapporto di collaborazione presso altro committente pertanto chiede che non vengano applicate le detrazioni fiscali sul compenso percepito da questa Azienda.

d - il rapporto instaurato è classificato come collaborazione coordinata e continuativa con aliquota ridotta al ……%. in quanto titolare di altra posizione assicurativa perché dipendente da ……..…… / pensionato/a (cancellare la voce che non interessa)

e - il rapporto instaurato è classificato come professionale di categoria per la quale è operante l'obbligo di iscrizione ad una cassa di previdenza

f - il rapporto instaurato è classificato come professionale di categoria per la quale non è costituita cassa di previdenza

7 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

"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 di 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 riviolgersi all' URP dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (tel. 0521/70314 - urp@ao.pr.it).