SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Servizio Bilancio e Finanza

DICHIARAZIONE DI TITOLARITA' DI POSIZIONE CONTRIBUTIVA A FINI PREVIDENZIALI

COGNOME _____ **NOME**_____

In relazione all'incarico conferitomi

con decorrenza dal ☐☐☐☐☐☐☐☐ al ☐☐☐☐☐☐☐☐

e consistente nella seguente prestazione _____

---

dichiaro

sotto la mia personale responsabilità:

1. *(incarico professionale)*:

☐ di essere titolare di partita IVA;

2. *(incarico di collaborazione coordinata e continuativa)* di essere soggetto/a al regime contributivo di cui all'articolo 2 comma 26 e seguenti della Legge 335/95 - Gestione Separata del lavoro autonomo:

☐ contributo INPS pari al 26,72% del reddito imponibile;

☐ contributo INPS pari al 18,00% del reddito imponibile, in quanto già iscritto ad altra cassa previdenziale o titolare di pensione;

3. (*incarico occasionale*):

☐ di **non** essere soggetto/a al regime contributivo di cui al punto 1 e 2 perché trattasi di prestazione **occasionale;**

☐ di essere soggetto al regime contributivo di cui al punto 2 pur svolgendo una collaborazione occasionale avendo **già percepito** per l'anno **2012** un importo totale derivante da prestazioni occasionali superiore a 5.000,00 Euro.

(Qualora si superi l'importo di 5.000,00 Euro con il presente incarico, si dichiari la cifra già percepita per collaborazioni occasionali: _____ Euro).

NOTA: *non rientrano nel conteggio per determinare l'importo dei 5.000,00 Euro, i redditi derivanti da contratti di collaborazione coordinata e continuativa, contratti a progetto e rapporti di lavoro subordinato.*

☐ di essere già iscritto alla Cassa Previdenziale di categoria e quindi di **non** essere soggetto/a al regime contributivo di cui al punto 2.

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)."

Data _____ **Il Collaboratore** _____

NOTE PER LA COMPILAZIONE:
(*) Codice da indicare obbligatoriamente da parte dei collaboratori residenti all'estero.
(**) I collaboratori che sono dipendenti da Enti pubblici o Amministrazioni dello Stato, devono allegare l'autorizzazione a collaborare con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, rilasciata dal proprio Ente di appartenenza, secondo quanto disposto dall'art 53 D.Lgs. 165/2001.
(***) I collaboratori residenti all'estero che si avvalgono della Convenzione per evitare la doppia imposizione, devono allegare la certificazione rilasciata dall'Autorità finanziaria estera in merito alla domiciliazione fiscale o residenza del collaboratore.

Servizio Bilancio e Finanza
Via Gramsci, 14 - 43126 Parma
Tel. +39.0521.702097-702116 - Fax. +39.0521.702232
mmalanca@ao.pr.it - www.ao.pr.it

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Via Gramsci, 14 - 43126 Parma
Tel. +39.0521.702111 - 703111
Partita Iva 01874240342