

DICHIARAZIONE

Dati identificativi					CAMPI OBBLIGATORI	
<i>Cognome</i>		<i>Nome</i>			Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<i>Nato a</i>		<i>il</i>	<i>Cittadinanza</i>			
<i>Indirizzo di residenza/domicilio</i>					<i>n.</i>	
<i>CAP</i>	<i>Comune</i>		<i>Prov.</i>	<i>Stato</i>		
<i>C.F.</i>			<i>e-mail</i>			
<i>Tel. 1</i>		<i>Tel. 2</i>		<i>Fax</i>		
Modalità di pagamento					CAMPI OBBLIGATORI	
<input type="checkbox"/> BANCA		<input type="checkbox"/> POSTE ITALIANE	<input type="checkbox"/> Pagamento allo sportello c/o Tesoreria Unipa			
CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE		
□□□□	□	□□□□□	□□□□□	□□□□□□□□□□□□		
Dati attività lavorativa da espletare					CAMPI OBBLIGATORI	
<i>Sede di lavoro</i>						
<i>Via</i>				<i>Tel.</i>		
Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità					CAMPI OBBLIGATORI	
Di essere in possesso del seguente titolo di studio:						
Di essere dipendente privato con contratto di lavoro di tipo subordinato					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Di essere dipendente pubblico autorizzato allo svolgimento di attività libero professionale					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Di essere titolare di partita IVA <i>in qualità di...</i>					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Di voler emettere fattura poiché la collaborazione rientra nell'oggetto tipico del lavoro autonomo esercitato					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Di essere dipendente pubblico a tempo parziale sino al 50%					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Di essere dipendente pubblico a tempo pieno e di avere richiesto l'autorizzazione preventiva per l'incarico					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ai fini previdenziali dichiara					CAMPI OBBLIGATORI	
Di essere obbligato alla presentazione della dichiarazione dei redditi in Italia					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Di essere iscritto alla Gestione Separata INPS					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Di avere la seguente copertura previdenziale obbligatoria - INDICARE CODICE PREVIDENZIALE					□ □ □	
Ai fini I.R.PE.F.					SOLO CO.CO.CO.	
Richiede l'applicazione dell'aliquota del <input type="checkbox"/> 23% <input type="checkbox"/> 27% <input type="checkbox"/> 38% <input type="checkbox"/> 41% <input type="checkbox"/> 43% <input type="checkbox"/> ... %						

Ai fini I.N.A.I.L.L. dichiara		SOLO CO.CO.CO.	
Di apprestarsi a svolgere un'attività soggetta a rischio rientrante in una delle seguenti ipotesi			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 0722 (Uso di apparecchiature elettroniche, informatiche, ecc.) <input type="checkbox"/> 0612 (Ricerca scientifica, attività di laboratorio, ecc.)			
Detrazioni		SOLO CO.CO.CO.	
<i>Richiede, se dovuta, l'applicazione della detrazione d'imposta per lavoro dipendente e assimilato.</i>			
<i>Richiede, qualora non già dipendente pubblico o privato, la detrazione d'imposta per i seguenti familiari a carico</i>			
CONIUGE			
Cognome		Nome	
C.F.		A far data dal mese di _____ dell'anno _____	
FIGLI E ALTRI FAMILIARI			
Cognome		Nome	
C.F.		A far data dal mese di _____ dell'anno _____	
A carico nella misura del <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%		Handicap <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cognome		Nome	
C.F.		A far data dal mese di _____ dell'anno _____	
A carico nella misura del <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%		Handicap <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
(Solo per prestazioni occasionali) Dichiarazione ai fini dell'applicazione dei contributi INPS			
Il sottoscritto dichiara che il totale dei compensi di lavoro occasionale percepiti con questa Università e/o altri enti dal 01/01 c.a. ad oggi:			
<input type="checkbox"/> non supera € 5000.00 ma è di € _____			
<input type="checkbox"/> supera € 5000.00 e, pertanto, dichiara:			
di essere iscritto alla Gestione Separata INPS		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
di avere altra copertura previdenziale obbligatoria		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si COD. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
di essere titolare di pensione diretta <input type="checkbox"/> o indiretta <input type="checkbox"/>			

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato.

Ai sensi del D. Lgs 196/2003 e del regolamento UE 2016/679, i dati personali comunicati con la presente sono utilizzati dall'Università di Palermo solo per le finalità connesse al procedimento per il quale sono resi, le modalità di trattamento sono automatizzate e strettamente necessarie agli scopi sopra elencati.

Titolare del trattamento è l'Università di Palermo.

I dati di contatto del Titolare sono: MAIL: rettore@unipa.it - PEC: pec@cert.unipa.it

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati (DPO) sono: MAIL: dpo@unipa.it - PEC: dpo@cert.unipa.it

Data

Firma collaboratore
