



# DICHIARAZIONE FISCALE

All'Università degli Studi di Palermo  
Piazza Marina, 61  
90133 – Palermo

Dati identificativi										CAMPI OBBLIGATORI	
Cognome					Nome					Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato a					il			Cittadinanza <b>Italiana</b>			
Residente/domiciliato in Via										n.	
CAP			Comune				Prov.		Stato		
C.F.					e-mail						
Tel. 1:				Tel. 2:				Fax			
Dati attività lavorativa da espletare										CAMPI OBBLIGATORI	
Sede di lavoro:											
										Tel	
Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità										CAMPI OBBLIGATORI	
Di essere già in rapporto contrattuale con l'Università degli Studi di Palermo										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<i>In qualità di</i>											
Di essere dipendente privato con contratto di lavoro di tipo subordinato										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Di essere dipendente pubblico autorizzato allo svolgimento di attività libero professionale										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Di essere titolare di partita IVA <i>in qualità di</i> Regime contabile										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Di essere soggetto alla Rivalsa della Cassa di Previdenza nella misura del %											
Di voler emettere fattura poiché la collaborazione rientra nell'oggetto tipico del lavoro autonomo esercitato										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Di essere dipendente pubblico a tempo parziale sino al 50%										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Di essere dipendente pubblico a tempo pieno e di avere richiesto l'autorizzazione preventiva per l'incarico										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<i>Indicare Ente Pubblico di appartenenza</i>											
<i>Indirizzo</i>						<i>C.F.</i>					
Ai fini previdenziali dichiara										CAMPI OBBLIGATORI	
Di essere obbligato alla presentazione della dichiarazione dei redditi in Italia										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Di essere iscritto alla Gestione Separata INPS										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Di avere la seguente copertura previdenziale obbligatoria - <b>INDICARE CODICE PREVIDENZIALE (3 CIFRE)</b>										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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. dichiara										SOLO CO.CO.CO.	
										<input type="checkbox"/> Sì <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"/> Sì <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"/> Sì <input type="checkbox"/> No						
Modalità di pagamento										CAMPI OBBLIGATORI	
<input type="checkbox"/> BANCA				<input type="checkbox"/> POSTE ITALIANE				<input type="checkbox"/> Sportello presso la Tesoreria dell'Università			
<b>I</b>	<b>T</b>										
Italia	Check	CIN	ABI			CAB			NUMERO CONTO CORRENTE		

Il/La sottoscritto/a .....si impegna, sotto la propria personale responsabilità, a comunicare eventuali variazioni intervenute sulla propria posizione fiscale. L'Università di Palermo è sollevata da qualsiasi responsabilità scaturente da intervenute modifiche non comunicate dallo/a sottoscritto/a.

Firma

Si precisa che i dati personali forniti verranno trattati esclusivamente secondo le finalità previste dal D. Lgs. n. 196/03.

Data

Firma