

DICHIARAZIONE FISCALE

| Dati identificativi | | | CAMPI OBBLIGATORI |
|--|--------|--|---|
| Cognome | | Nome | |
| nato/a a | il | Cittadinanza | |
| Indirizzo di residenza/domicilio | | | n. |
| CAP | Comune | Prov. | |
| C.F. | | e-mail | |
| Tel. 1 | Tel. 2 | Fax | |
| Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità | | | CAMPI OBBLIGATORI |
| Che il totale delle ore svolte durante il presente anno accademico relative ai corsi sostitutivi e integrativi | | | |
| Non supera 120 ore ma è pari a ore - (SOSTITUTIVI) | | Non supera 25 ore ma è pari a ore - (INTEGRATIVI) | |
| Ai fini I.N.A.I.L. dichiara | | | CAMPI OBBLIGATORI |
| 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.) | | | |
| Dichiara altresì | | | CAMPI OBBLIGATORI |
| di essere dipendente privato con contratto di lavoro di tipo subordinato | | | <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 | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ente di appartenenza | | | |
| Indirizzo di posta elettronica certificata | | | |
| ai sensi della Legge n. 240/2010 – art. 18 c. 1 lettere b) e c) , di non avere rapporti di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente al dipart. o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo. | | | |

| Ai fini previdenziali dichiara | | | | CAMPI OBBLIGATORI | |
|---|--------------------------|---|---|--|-----------|
| 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 (3 CIFRE) | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Ai fini I.R.PE.F. | | | | CAMPI OBBLIGATORI | |
| 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"/> ... % | | | | | |
| Detrazioni | | | | | |
| <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 | | |
| Modalità di pagamento | | | | CAMPI OBBLIGATORI | |
| <input type="checkbox"/> BANCA: | | | <input type="checkbox"/> POSTE ITALIANE | | |
| CHECK DIGIT | CIN | ABI | CAB | CONTO CORRENTE | |
| IT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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, quale titolare del trattamento, 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.

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 del docente