



## DICHIARAZIONE FISCALE

| Dati identificativi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |              |        | CAMPI OBBLIGATORI                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|--------|---------------------------------------------------------|
| Cognome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nome   |              | Sesso  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F   |
| Nato a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | il     | Cittadinanza |        |                                                         |
| C.F.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |              |        |                                                         |
| Indirizzo di residenza/domicilio                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |              |        | n.                                                      |
| CAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Comune | Prov.        | Stato  |                                                         |
| Indirizzo posta elettronica privata                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |              | Tel. 1 |                                                         |
| Indirizzo posta elettronica istituzionale                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |              | Tel. 2 |                                                         |
| Indirizzo posta elettronica certificata                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |              |        |                                                         |
| In qualità di <input type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Componente<br>Della Commissione di valutazione nominata con DDG _____ del _____                                                                                                                                                                          |        |              |        |                                                         |
| Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |              |        | CAMPI OBBLIGATORI                                       |
| Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |              |        |                                                         |
| Di essere già in rapporto contrattuale con l'Università degli Studi di Palermo                                                                                                                                                                                                                                                      |        |              |        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| In qualità di _____ <input type="checkbox"/> Matricola _____                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |              |        |                                                         |
| Di essere dipendente privato con contratto di lavoro di tipo subordinato                                                                                                                                                                                                                                                            |        |              |        | <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 autorizzato allo svolgimento di attività libero professionale                                                                                                                                                                                                                                         |        |              |        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Di essere titolare di partita IVA n. ....in qualità di.....                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |              |        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Di essere iscritto alla cassa previdenziale _____ con aliquota al _____%                                                                                                                                                                                                                                                            |        |              |        |                                                         |
| Di aver optato per il seguente regime fiscale:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |              |        |                                                         |
| <input type="checkbox"/> <b>regime ordinario</b> (regime fiscale da indicare in Fattura elettronica)                                                                                                                                                                                                                                |        |              |        |                                                         |
| <input type="checkbox"/> <b>contribuente minimo</b> (o di vantaggio) RF02 (regime fiscale da indicare in Fattura elettronica)<br>- art. 1, commi da 96 a 117, L. 244/2007, come modificato dall' art. 27 del D.L. n. 98/2011;                                                                                                       |        |              |        |                                                         |
| <input type="checkbox"/> <b>contribuente forfettario</b> RF19 (regime fiscale da indicare in Fattura elettronica)<br>- art. 1, commi da 54 a 89, L. 190/2014.                                                                                                                                                                       |        |              |        |                                                         |
| 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 pieno e di avere richiesto l'autorizzazione preventiva per l'incarico*                                                                                                                                                                                                                        |        |              |        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ente di Appartenenza..... di .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |              |        |                                                         |
| Indirizzo di posta elettronica certificata dell'Ente .....                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |              |        |                                                         |
| (*) Nulla osta amministrazione. I collaboratori che sono dipendenti di enti Pubblici o Amministrazioni dello stato (esclusi dipendenti MIUR e Min. Salute) devono allegare l'autorizzazione a collaborare con l'Università di Palermo rilasciata dal proprio ente di appartenenza, secondo quanto disposto dall'art 53 DL 165/2001. |        |              |        |                                                         |

