



# DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI, FISCALI E PREVIDENZIALI

(da presentare da parte di coloro che svolgono incarichi di insegnamento, moduli didattici, qualificazione e specializzazione, supporto alla didattica, formatori linguistici)

## SEZIONE 1 DATI ANAGRAFICI E MODALITA' DI PAGAMENTO

Nuova Dichiarazione     Rettifica Dichiarazione

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara quanto segue:

<b>A.1</b>	<b>Cognome</b>	Per le donne indicare il cognome da nubile			
<b>A.2</b>	<b>Nome</b>				
<b>A.3</b>	<b>Sesso</b>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	barrare la relativa casella	
<b>A.4</b>	<b>Luogo di nascita</b>	Comune (o Stato Estero) di nascita	Provincia (sigla)		
<b>A.5</b>	<b>Data di nascita</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa)	
<b>A.6</b>	<b>Codice fiscale</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	obbligatorio	
<b>A.7</b>	<b>Cittadinanza</b>				
<b>A.8</b>	<b>Residenza e/o Domicilio Fiscale</b>	Comune	Provincia (sigla)	C.A.P.	
		via e numero civico			
<b>A.9</b>	<b>Recapito</b> indicare solo se diverso dalla residenza	Comune	Provincia (sigla)	C.A.P.	
		via e numero civico			
<b>A.10</b>		Telefono abitazione	Telefono ufficio		
		Telefono cellulare	Fax		
		Indirizzo di posta elettronica <b>@unibo.it</b>			
<b>A.11</b>	<b>Pagamento</b> su c/c bancario /bancoposta o Carta prepagata <b>Avvertenza: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante</b>	27 caratteri numerici o alfabetic, senza barre o virgole, come da esempio ABI CAB Numero conto corrente <b>IT 96 W 05856 11601 050570111111</b>			
		Denominazione Banca / Agenzia .....			
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**AVVERTENZA:** i titolari di c/c europei ed extra – europei devono indicare anche:

Codice BIC / SWIFT	<input type="text"/>	Codice ABA/ROUTING NUMBER	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	---------------------------	----------------------

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

**SEZIONE 2 DATI FISCALI E PREVIDENZIALI**

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara:  
(barrare le caselle che interessano)

Di essere titolare di partita iva	€ SI	Compilare Sez. 2.1
	€ NO	Compilare Sez. 2.2

**Sezione 2.1**

La partita iva è	€ individuale	€ studio associato
Denominazione studio associato		

Numero Partita IVA										
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

l'attività di docenza rientra nell'oggetto proprio dell'arte o professione e pertanto verrà emessa fattura	€ SI	Barrare una sola casella da A a B2
	€ NO	Compilare Sez. 2.2

Rientra nella seguente casistica:

€ <b>Professionista iscritto ad albo e alla Cassa in regime ordinario</b> ai sensi del DPR 633/1972	<b>A</b>
€ <b>Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in regime dei minimi</b> ai sensi della L. 244/2007 e D.L. 98/2011 e s.m.i.	<b>A.1</b>
€ <b>Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in regime forfettario</b> , ai sensi della Legge 190/2014 e s.m.i.	<b>A.2</b>
€ <b>Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime ordinario</b> Iscritto alla Gestione separata INPS legge 335/1995	<b>B</b>
€ <b>Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime dei minimi</b> ai sensi della L. 244/2007 e D.L. 98/2011 e s.m.i.	<b>B.1</b>
€ <b>Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime forfettario</b> , ai sensi della L. 190/2014 e s.m.i.	<b>B.2</b>

**Sezione 2.2**

Rientra nella seguente casistica:

€ Professionista svolgente attività diversa dalla sua professione abituale e quindi <b>non tenuto</b> ad emettere fattura sul compenso, in quanto l'attività di docenza <b>non</b> rientra nell'oggetto proprio dell'arte o professione	<b>C</b>
€ Lavoratore autonomo non occasionale	<b>D</b>

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

Allegare sempre copia di un documento di identità in corso di validità

**SEZIONE 3 ALTRI DATI FISCALI E PREVIDENZIALI**Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara: *(barrare le caselle che interessano)*

3.1	DI ESSERE DIPENDENTE:	<input type="checkbox"/>	<b>PUBBLICO</b>	Ente: _____		
		<input type="checkbox"/>	<b>PRIVATO</b>	Codice Fiscale: _____		
		<input type="checkbox"/>	<b>A TEMPO DETERMINATO dal</b>	...../...../.....	<b>al</b>	...../...../.....
		<input type="checkbox"/>	<b>A TEMPO INDETERMINATO dal</b>	...../...../.....		
		<input type="checkbox"/>	<b>PART-TIME INFERIORE AL 50%</b>			

3.2	<b>DI ESSERE TENUTO ALL'ISCRIZIONE PRESSO LA GESTIONE SEPARATA (barrare la voce che interessa):</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>INPS</b> , di cui all'art. 2 c. 26 della L. n. 335/95	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ENPAPI</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>INPGI</b>	

3.3	<b>DI AVERE DIRITTO ALL'APPLICAZIONE IN MISURA RIDOTTA DEL CONTRIBUTO</b> INPS gestione separata o ENPAPI gestione separata o INPGI gestione separata in quanto <i>(barrare la voce che interessa)</i> :		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>titolare di pensione diretta a partire dal</b> _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>titolare di pensione indiretta o reversibilità a partire dal</b> _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>iscritto alla cassa previdenziale di categoria:</b> _____ (indicare descrizione come da tabella indicata nelle Istruzioni paragrafo 3.3)	

3.4	<b>DI ESSERE ESCLUSO DALL'OBBLIGO DEL CONTRIBUTO</b> INPS gestione separata o ENPAPI gestione separata o INPGI gestione separata in quanto <i>(barrare la voce che interessa)</i> :		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ha superato per il 2021 il massimale di reddito annuo imponibile di € 103.055,00	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alla data del 01/04/1996 o del 30/06/1996 aveva già compiuto 65 anni di età e si è avvalso della facoltà di non iscriversi alla gestione separata, ex art. 4 c. 1 lett. a) del D.M. 282/96	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alla data del 01/04/1996 o del 30/06/1996 aveva già compiuto <b>60 anni di età</b> e si è avvalso della facoltà, al compimento del 65° anno, di richiedere la cancellazione dalla Gestione separata INPS, pur proseguendo nell'attività lavorativa, ex art. 4 c.1 lett. b) del D.M. n. 282/96	

3.5	<b>CHE ALLA DATA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE:</b>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>NON HA PERCEPITO</b> , nel 2021, retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Che nel 2021 <b>HA PERCEPITO</b> o <b>PREVEDE DI PERCEPIRE</b> retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche <b>NON SUPERANDO</b> il limite retributivo di Euro 240.000,00			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Che nel 2021 <b>HA PERCEPITO</b> o <b>PREVEDE DI PERCEPIRE</b> le seguenti retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche <b>SUPERANDO</b> il limite retributivo di Euro 240.000,00, con i seguenti Enti:			
	ENTE	Natura incarico/rapporto	Durata Dal....al....	Importo totale	Importo annuo

**SEZIONE 3    ALTRI DATI FISCALI E PREVIDENZIALI**

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara:  
(barrare le caselle che interessano)

<b>3.6</b>	<b>DETRAZIONE LAVORO DIPENDENTE SI RICHIEDE:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>LA NON APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI</b> perché godute presso altro sostituto d'imposta
		<input type="checkbox"/>	<b>L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI</b> perché non godute presso altro sostituto d'imposta
		<input type="checkbox"/>	<b>L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI IN MISURA FISSA IN QUANTO UNICO REDDITO PERCEPTO NELL'ANNO SOLARE NON SUPERIORE A 8.000 EURO</b>
<b>NOTA BENE:</b> In caso di mancata scelta verranno applicate le detrazioni assimilate a lavoro dipendente			

<b>3.7</b>	<b>CODICE FISCALE DEL CONIUGE</b> Dato obbligatorio	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

<b>3.8</b>	<b>DETRAZIONI PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>CONIUGE A CARICO</b> dal ..... / ..... / .....																								
		<input type="checkbox"/>	<b>ALTRI FAMILIARI A CARICO:</b>																								
		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Relazione di parentela (*)</th><th>Codice Fiscale</th><th>Data di nascita (gg/mm/aaaa)</th><th>% di detrazione</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> F</td><td><input type="checkbox"/> A   <input type="checkbox"/> D</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> F</td><td><input type="checkbox"/> A   <input type="checkbox"/> D</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> F</td><td><input type="checkbox"/> A   <input type="checkbox"/> D</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> F</td><td><input type="checkbox"/> A   <input type="checkbox"/> D</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			Relazione di parentela (*)		Codice Fiscale	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	% di detrazione	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D				<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D				<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D				<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D	
Relazione di parentela (*)		Codice Fiscale	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	% di detrazione																							
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D																										
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D																										
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D																										
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D																										
<b>NOTA BENE:</b> Le detrazioni per familiari a carico possono essere richieste se non già applicate da altro datore di lavoro																											

**(\*) F = figlio; A = altro familiare; D = figlio con disabilità**

<b>3.9</b>	<b>ALIQUOTA IRPEF SI RICHIEDE</b> Dato facoltativo	<input type="checkbox"/>	<b>L'APPLICAZIONE DELL'ALIQUOTA IRPEF MASSIMA PARI AL .....</b> %
		<input type="checkbox"/>	<b>(le aliquote superiori alla minima attualmente in vigore sono: 27%, 38%, 41%, 43%)</b>

<b>3.10</b>	<b>TRATTAMENTO INTEGRATIVO L. 21/2020 SI RICHIEDE:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>LA NON APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI ALLA LEGGE 21/2020</b>
-------------	--	--------------------------	--

Il/la sottoscritto/a  
consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000,  
**SI IMPEGNA**  
a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati nella presente sezione ed a rimborsare integralmente l'Università nei casi in cui questa venga sanzionata dagli Enti preposti a causa della mancata/non tempestiva/incompleta/inesatta comunicazione della variazione dei dati dichiarati

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

## Informazioni sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali da essi forniti o comunque acquisiti dall'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna è finalizzato all'erogazione dei compensi e alla gestione delle relative operazioni e attività connesse.

I dati saranno trattati da soggetti specificatamente autorizzati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è indispensabile per consentire l'erogazione dei compensi e l'eventuale rifiuto a fornirli può precludere tale attività.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del citato Regolamento 2016/679, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, nonché di opporsi al loro trattamento e richiederne la portabilità, rivolgendo le richieste all'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna all'indirizzo [privacy@unibo.it](mailto:privacy@unibo.it).

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Il titolare del trattamento dei dati è l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna (sede legale: via Zamboni n. 33, 40126 - Bologna, Italia; e-mail: [privacy@unibo.it](mailto:privacy@unibo.it); PEC: [scriviunibo@pec.unibo.it](mailto:scriviunibo@pec.unibo.it)).

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati personali sono: sede legale: via Zamboni n. 33, 40126 - Bologna, Italia; e-mail: [dpo@unibo.it](mailto:dpo@unibo.it); PEC: [scriviunibo@pec.unibo.it](mailto:scriviunibo@pec.unibo.it).

Per maggiori informazioni si prega di consultare il sito [www.unibo.it/privacy](http://www.unibo.it/privacy).