



# 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><br>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<br><b>@unibo.it</b>                        |                            |                                 |                          |
| <b>A.11</b>          | <b>Pagamento</b><br>su c/c bancario /bancoposta o Carta prepagata<br><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           |                          |
|                      |   | IT 96 W 05856 11601 050570111111  |                            |                                 |                          |
|                      |   | 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><br>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:

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

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 <i>(barrare la voce che interessa):</i></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> _____<br>(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)

|     |   |                          |  |
|-----|---|--------------------------|--|
| 3.6 | <b>DETRAZIONE LAVORO DIPENDENTE SI RICHIEDE:</b><br><br><b>NOTA BENE:</b> In caso di mancata scelta verranno applicate le detrazioni assimilate a lavoro dipendente | <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 PERCEPITO NELL'ANNO SOLARE NON SUPERIORE A 8.000 EURO</b> |

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 3.7 | <b>CODICE FISCALE DEL CONIUGE</b><br>Dato obbligatorio | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|-----|--|--|

| 3.8                        | <b>DETRAZIONI PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO</b><br><br><b>NOTA BENE:</b> Le detrazioni per familiari a carico possono essere richieste se non già applicate da altro datore di lavoro | <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="5">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"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>D</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>D</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>D</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>D</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) F = figlio; A = altro familiare; D = figlio con disabilità</p> |   |                          | 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                          |                              |                 |  |  |                |                              |                 |                          |   |                          |   |                          |   |  |  |                          |   |                          |   |                          |   |  |  |                          |   |                          |   |                          |   |  |  |                          |   |                          |   |                          |   |

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

|      |  |  |
|------|--|--|
| 3.10 | <b>TRATTAMENTO INTEGRATIVO L. 21/2020 SI RICHIEDE:</b> | <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).