



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:

| | | | | | |
|----------------------|---|---|----------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| A.1 | Cognome | Per le donne indicare il cognome da nubile | | | |
| A.2 | Nome | | | | |
| A.3 | Sesso | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | barrare la relativa casella | |
| A.4 | Luogo di nascita | Comune (o Stato Estero) di nascita | Provincia (sigla) | | |
| A.5 | Data di nascita | <input type="text"/> | <input type="text"/> | giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa) | |
| A.6 | Codice fiscale | <input type="text"/> | <input type="text"/> | obbligatorio | |
| A.7 | Cittadinanza | | | | |
| A.8 | Residenza e/o Domicilio Fiscale | Comune | Provincia (sigla) | C.A.P. | |
| | | via e numero civico | | | |
| A.9 | Recapito indicare solo se diverso dalla residenza | Comune | Provincia (sigla) | C.A.P. | |
| | | via e numero civico | | | |
| A.10 | | Telefono abitazione | Telefono ufficio | | |
| | | Telefono cellulare | Fax | | |
| | | Indirizzo di posta elettronica @unibo.it | | | |
| A.11 | Pagamento su c/c bancario /bancoposta o Carta prepagata Avvertenza: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante | 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 | | Codice ABA/ROUTING NUMBER | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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 | <input type="checkbox"/> SI | Compilare Sez. 2.1 |
| | <input type="checkbox"/> NO | Compilare Sez. 2.2 |

Sezione 2.1

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| La partita iva è | <input type="checkbox"/> individuale | <input type="checkbox"/> studio associato |
| Denominazione studio associato | | |

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

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| l'attività didattica rientra nell'oggetto proprio dell'arte o professione e pertanto verrà emessa fattura | <input type="checkbox"/> SI | Barrare una sola casella da A a B2 |
| | <input type="checkbox"/> NO | Barrare la casella C |

Rientra nella seguente casistica:

(Per le categorie da A ad A2, compilare la sezione 3 al punto 3.3, indicando la cassa previdenziale di appartenenza)

| | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Professionista iscritto ad albo e alla Cassa in regime ordinario ai sensi del DPR 633/1972 | A |
| <input type="checkbox"/> Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in regime dei minimi ai sensi della L. 244/2007 e D.L. 98/2011 e s.m.i. | A.1 |
| <input type="checkbox"/> Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in regime forfettario , ai sensi della Legge 190/2014 e s.m.i. | A.2 |

| | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime ordinario Iscritto alla Gestione separata INPS legge 335/1995 | B |
| <input type="checkbox"/> Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime dei minimi ai sensi della L. 244/2007 e D.L. 98/2011 e s.m.i. | B.1 |
| <input type="checkbox"/> Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime forfettario , ai sensi della L. 190/2014 e s.m.i. | B.2 |

| | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> L'attività didattica non rientra tra quelle previste dai codici ATECO congruenti con la propria partita IVA, quindi il professionista non è tenuto ad emettere fattura elettronica | C |
|---|----------|

Sezione 2.2

| | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo non occasionale | D |
|---|----------|

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

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: (non sono lavoratori dipendenti borsisti, dottorandi e assegnisti di ricerca, i collaboratori coordinati e continuativi) | <input type="checkbox"/> | PUBBLICO | Ente: _____ | |
| | | <input type="checkbox"/> | | Codice Fiscale: _____ | |
| | | <input type="checkbox"/> | PRIVATO (indicare datore di lavoro) | | |
| | | <input type="checkbox"/> | A TEMPO DETERMINATO dal |/...../..... | al/...../..... |
| | | <input type="checkbox"/> | A TEMPO INDETERMINATO dal |/...../..... | |

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

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

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 3.4 | DI ESSERE ESCLUSO DALL'OBBLIGO DEL CONTRIBUTO INPS GESTIONE SEPARATA O ENPAPI GESTIONE SEPARATA in quanto (barrare la voce che interessa): | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ha superato per il 2022 il massimale di reddito annuo imponibile di € 105.014,00 , (in tale importo non rientrano i redditi da pensione o lavoro dipendente, ma solo quelli derivanti da lavoro autonomo o assimilato) |
| <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 60 anni di età 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 | CHE ALLA DATA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|----------------|--------------------------|------------------------|----------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HA PERCEPITO o PREVEDE DI PERCEPIRE le seguenti retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche SUPERANDO il limite retributivo di € 249.000,00 , con i seguenti Enti: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ENTE</th> <th>Natura incarico/rapporto</th> <th>Durata Dalal....</th> <th>Importo totale</th> <th>Importo annuo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | ENTE | Natura incarico/rapporto | Durata Dalal.... | Importo totale | Importo annuo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTE | Natura incarico/rapporto | Durata Dalal.... | Importo totale | Importo annuo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.

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; PEC: 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; PEC: scriviunibo@pec.unibo.it.

Per maggiori informazioni si prega di consultare il sito www.unibo.it/privacy.

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)