



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	€ 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:

€ Professionista iscritto ad albo e alla Cassa in regime ordinario ai sensi del DPR 633/1972	A
€ Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in regime dei minimi o forfettario ai sensi della L. 190/2014, oppure L. 244/2007 modificato dall'art. 27, commi 1,2 L. 111/2011, oppure L. 208/2015	A.1
€ Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in nuovo regime forfettario , ai sensi dell'art.1, co. 9-11, L. 145/2018	A.2
€ Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime ordinario Iscritto alla Gestione separata INPS legge 335/1995	B
€ Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime dei minimi o forfettario ai sensi della L. 190/2014, oppure L. 244/2007 modificato dall'art. 27, commi 1,2 L. 111/2011, oppure L. 208/2015	B.1
€ Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in nuovo regime forfettario , ai sensi dell'art.1, co. 9-11, L. 145/2018	B.2

Sezione 2.2

Rientra nella seguente casistica:

€ Professionista svolgente attività di collaborazione 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	C
€ Collaboratore coordinato e continuativo senza vincolo di subordinazione	D

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

S'informa che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e D.Lgs. 101/2018 sulla tutela dei dati personali, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

SEZIONE 3 ALTRI DATI FISCALI E PREVIDENZIALIIl/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 (*)	PUBBLICO	Ente: _____		
			Codice Fiscale: _____		
		PRIVATO			
		A TEMPO DETERMINATO dal/...../.....	al/...../.....
		A TEMPO INDETERMINATO dal/...../.....		
		PART-TIME INFERIORE AL 50%			

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

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

3.4	DI ESSERE ESCLUSO DALL'OBBLIGO DEL CONTRIBUTO INPS gestione separata o ENPAPI gestione separata o INPGI gestione separata in quanto (barrare la voce che interessa):
	<input type="checkbox"/> ha superato per il 2019 il massimale di reddito annuo imponibile di € 102.543,00
	<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"/> Alla data del 01/04/1996 o del 30/06/1996 aveva già compiuto 60 anni di età e si 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"/> NON HA PERCEPITO , nel 2019, retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche																									
	<input type="checkbox"/> Che nel 2019 HA PERCEPITO o PREVEDE DI PERCEPIRE retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche NON SUPERANDO il limite retributivo di Euro 240.000,00																									
	<input type="checkbox"/> Che nel 2019 HA PERCEPITO o PREVEDE DI PERCEPIRE le seguenti retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche SUPERANDO il limite retributivo di Euro 240.000,00, con i seguenti Enti:																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ENTE</th> <th>Natura incarico/rapporto</th> <th>Durata Dal.....al....</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 Dal.....al....	Importo totale	Importo annuo																				
ENTE	Natura incarico/rapporto	Durata Dal.....al....	Importo totale	Importo annuo																						

