ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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 ☐ F ☐ barrare la relativa casella
A.4	**Luogo di nascita**	Comune (o Stato Estero) di nascita / Provincia (sigla)
A.5	**Data di nascita**	☐☐☐☐☐☐☐☐ giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa)
A.6	**Codice fiscale**	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 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 alfabetici, 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

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

Codice BIC / SWIFT		Codice ABA/ROUTING NUMBER	

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** ai sensi della L. 244/2007 e D.L. 98/2011 e s.m.i.	**A.1**
€ **Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in regime forfettario**, ai sensi della Legge 190/2014 e s.m.i.	**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** ai sensi della L. 244/2007 e D.L. 98/2011 e s.m.i.	**B.1**
€ **Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime forfettario**, ai sensi della L. 190/2014 e s.m.i.	**B.2**

Sezione 2.2

Rientra nella seguente casistica:

€ 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	**C**
€ Lavoratore autonomo non occasionale	**D**

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:**	☐	**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):***	
	☐	**INPS**, di cui all'art. 2 c. 26 della L. n. 335/95
	☐	**ENPAPI**
	☐	**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):*	
	☐	**titolare di pensione diretta a partire dal** _____
	☐	**titolare di pensione indiretta o reversibilità a partire dal** _____
	☐	**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):*	
	☐	ha superato per il 2021 il massimale di reddito annuo imponibile di € 103.055,00
	☐	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
	☐	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:**	
	☐	**NON HA PERCEPITO**, nel 2021, retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche
	☐	Che nel 2021 **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
	☐	Che nel 2021 **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:

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	**DETRAZIONE LAVORO DIPENDENTE SI RICHIEDE:** **NOTA BENE:** In caso di mancata scelta verranno applicate le detrazioni assimilate a lavoro dipendente	☐	**LA NON APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI** perché godute presso altro sostituto d'imposta
		☐	**L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI** perché non godute presso altro sostituto d'imposta
		☐	**L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI IN MISURA FISSA IN QUANTO UNICO REDDITO PERCEPITO NELL'ANNO SOLARE NON SUPERIORE A 8.000 EURO**

3.7	**CODICE FISCALE DEL CONIUGE** **Dato obbligatorio**	

3.8	**DETRAZIONI PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO** **NOTA BENE:** Le detrazioni per familiari a carico possono essere richieste se non già applicate da altro datore di lavoro	☐	**CONIUGE A CARICO dal** ..... / ..... / .....
		☐	**ALTRI FAMILIARI A CARICO:**

Relazione di parentela (*)	Codice Fiscale	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	% di detrazione
☐ F ☐ A ☐ D			
☐ F ☐ A ☐ D			
☐ F ☐ A ☐ D			
☐ F ☐ A ☐ D			

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

3.9	**ALIQUOTA IRPEF SI RICHIEDE** **Dato facoltativo**	☐	**L'APPLICAZIONE DELL'ALIQUOTA IRPEF MASSIMA PARI AL** .....**%** **(le aliquote superiori alla minima attualmente in vigore sono: 27%, 38%, 41%, 43%)**

3.10	**TRATTAMENTO INTEGRATIVO L. 21/2020 SI RICHIEDE:**	☐	**LA NON APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI ALLA LEGGE 21/2020**

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.

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.