



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"/>	<input type="text"/> giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa)							
A.6	Codice fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> obbligatorio							
A.7	Cittadinanza	<input type="text"/>									
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										
	<table border="1"> <tr> <td>ABI</td> <td>CAB</td> <td colspan="2">Numero conto corrente</td> </tr> <tr> <td>IT 96 W 05856</td> <td>11601</td> <td colspan="2">050570111111</td> </tr> </table>				ABI	CAB	Numero conto corrente		IT 96 W 05856	11601	050570111111
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 o forfettario ai sensi della L. 190/2014 e s.m.i.	A.1
€ Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in nuovo regime forfettario , ai sensi dell'art.1, co. 9-11, L. 145/2018 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 o forfettario ai sensi della L. 190/2014 e s.m.i.	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 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 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 <i>(barrare la voce che interessa)</i> :
	<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 <i>(barrare la voce che interessa)</i> :
	<input type="checkbox"/> ha superato per il 2020 il massimale di reddito annuo imponibile di € 103.055,00
	<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 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"/> NON HA PERCEPITO , nel 2020, retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche																									
	<input type="checkbox"/> Che nel 2020 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 2020 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																						

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	<input type="checkbox"/>	LA NON APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI perché godute presso altro sostituto d'imposta
		<input type="checkbox"/>	L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI perché non godute presso altro sostituto d'imposta
		<input type="checkbox"/>	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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		

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	<input type="checkbox"/>	CONIUGE A CARICO dal / /																																						
		<input type="checkbox"/>	ALTRI FAMILIARI A CARICO:																																						
		<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	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.