



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										
	<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						
<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	<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																							

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:	<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 PERCEPTO NELL'ANNO SOLARE NON SUPERIORE A 8.000 EURO	
NOTA BENE: In caso di mancata scelta verranno applicate le detrazioni assimilate a lavoro dipendente			

3.7	CODICE FISCALE DEL CONIUGE Dato obbligatorio se il coniuge è a carico	<input style="width: 100%;" type="text"/>											
	<input type="checkbox"/>	CONIUGE A CARICO dal / /											

3.8	DETRAZIONI PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI A CARICO: Si ha diritto alle detrazioni per figli a carico (legittimi, naturali, adottivi o affidati) di età uguale o superiore a 21 anni, che abbiano un reddito inferiore a:				
	NOTA BENE: Le detrazioni per familiari a carico possono essere richieste se non già applicate da altro datore di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • 4.000€ per i figli di età pari o superiore a 21 anni e fino ai 24 anni; • 2.840,51€ per i familiari e i figli di età pari o superiore a 24 anni. 				
				Codice Fiscale	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	% di detrazione
<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	A			
<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	A			
<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	A			
<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	A			
(*) F = figlio a carico di età pari o superiore a 21 anni; A = altro familiare;						

3.9	ALIQUTA IRPEF SI RICHIEDE Dato facoltativo	<input type="checkbox"/>	L'APPLICAZIONE DELL'ALIQUTA IRPEF MASSIMA PARI AL% (le aliquote superiori al 23% attualmente in vigore sono: 25%, 35%, 43%)
-----	--	--------------------------	--

3.10	TRATTAMENTO INTEGRATIVO L. 21/2020 SI RICHIEDE:	<input type="checkbox"/>	LA NON APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI ALLA LEGGE 21/2020 qualora abbia percepito un reddito complessivo superiore a 28.000 € o qualora usufruisca del trattamento integrativo presso altro datore di lavoro
	NOTA BENE: In caso di mancata scelta verrà applicato il trattamento integrativo	<input type="checkbox"/>	L' APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI ALLA LEGGE 21/2020 qualora abbia percepito un reddito complessivo non superiore a 28.000 € e la somma delle detrazioni di cui alla Legge 234/2021 sia di ammontare superiore all'imposta lorda IRPEF

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

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

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)