



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 <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	Domicilio Fiscale all'1/1/2024	Comune	Provincia (sigla)	C.A.P.
		via e numero civico		
A.9	Residenza e/o Domicilio fiscale successiva all'1/1/2024 (se diverso dal precedente)	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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMERO DI CONTO CORRENTE				
<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"/>

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 didattica rientra nell'oggetto proprio dell'arte o professione e pertanto verrà emessa fattura	€ SI	Barrare una sola casella da A a B2
	€ 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)

€ 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

€ 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

€ 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"/>	INPS , di cui all'art. 2 c. 26 della L. n. 335/95
<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"/>	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 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"/>	ha superato per il corrente anno il massimale di reddito annuo imponibile di € 119.650,00 , (in tale importo non rientrano i redditi da pensione o lavoro dipendente, ma solo quelli derivanti da lavoro autonomo o assimilato)

3.5	CHE ALLA DATA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE:																									
	<p>HA PERCEPITO o PREVEDE DI PERCEPIRE le seguenti retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche SUPERANDO il limite retributivo di € 240.000,00, con i seguenti Enti:</p> <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
	NOTA BENE: In caso di mancata scelta verranno applicate le detrazioni assimilate a lavoro dipendente	<input type="checkbox"/>	L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI IN MISURA FISSA IN QUANTO UNICO REDDITO PERCEPITO NELL'ANNO SOLARE NON SUPERIORE A 15.000 EURO

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

3.8	DETRAZIONI PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI A CARICO:				
	NOTA BENE: Le detrazioni per familiari a carico (figli superiori a 21 anni e altri familiari) possono essere richieste se non già applicate da altro datore di lavoro	Indicare i dati di tutti i familiari a carico, con relativa percentuale di carico, compresi i figli inferiori di 21 anni, per i quali non si ha diritto alle detrazioni in quanto viene erogato l'assegno unico universale				
		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		
		(*) F = figlio a carico; D = figlio disabile; A = altro familiare				

3.9	ALIQUOTA IRPEF SI RICHIEDE	<input type="checkbox"/>	L'APPLICAZIONE DELL'ALIQUOTA IRPEF MASSIMA PARI AL%
	Dato facoltativo	<input type="checkbox"/>	(le aliquote superiori al 23% attualmente in vigore sono: 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 per i redditi complessivi non superiori a 28.000 €, qualora l'imposta lorda determinata sui redditi sia di importo superiore a quello della detrazione spettante ai sensi dell'articolo 13, comma 1, del citato testo unico delle imposte sui redditi, diminuita dell'importo di 75 € rapportato al periodo di lavoro nell'anno.

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

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)