



# 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:

|                       |   |   |                            |  |                          |
|-----------------------|---|---|----------------------------|--|--------------------------|
| <b>A.1</b>            | <b>Cognome</b>  | Per le donne indicare il cognome da nubile                                |                            |  |                          |
| <b>A.2</b>            | <b>Nome</b>   |   |                            |  |                          |
| <b>A.3</b>            | <b>Sesso</b>  | M <input type="checkbox"/>  | F <input type="checkbox"/> | barrare la relativa casella                          |                          |
| <b>A.4</b>            | <b>Luogo di nascita</b>   | Comune (o Stato Estero) di nascita  |                            | Provincia (sigla)                                    |                          |
| <b>A.5</b>            | <b>Data di nascita</b>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>       | <input type="text"/> giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa) |                          |
| <b>A.6</b>            | <b>Codice fiscale</b>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>       | <input type="text"/> obbligatorio                    |                          |
| <b>A.7</b>            | <b>Cittadinanza</b>   |   |                            |  |                          |
| <b>A.8</b>            | <b>Domicilio Fiscale all'1/1/2023</b>   | Comune  | Provincia (sigla)          | C.A.P.   |                          |
|                       |   | via e numero civico   |                            |  |                          |
| <b>A.9</b>            | <b>Residenza e/o Domicilio fiscale successiva all'1/1/2023 (se diverso dal precedente)</b>                                    | Comune  | Provincia (sigla)          | C.A.P.   |                          |
|                       |   | via e numero civico   |                            |  |                          |
| <b>A.10</b>           |   | Telefono abitazione   | Telefono ufficio           |  |                          |
|                       |   | Telefono cellulare  | Fax                        |  |                          |
|                       |   | Indirizzo di posta elettronica<br><b>@unibo.it</b>                        |                            |  |                          |
| <b>A.11 Pagamento</b> | su c/c bancario /bancoposta o Carta prepagata<br><b>Avvertenza: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante</b> | 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 | <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 | € 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                            | <b>A</b>   |
| € 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. | <b>A.1</b> |
| € Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in regime forfettario, ai sensi della Legge 190/2014 e s.m.i.           | <b>A.2</b> |

|  |            |
|--|------------|
| € Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime ordinario<br>Iscritto alla Gestione separata INPS legge 335/1995 | <b>B</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>B.1</b> |
| € Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime forfettario, ai sensi della L. 190/2014 e s.m.i.                 | <b>B.2</b> |

|  |          |
|--|----------|
| € L'attività didattica <b>non</b> rientra tra quelle previste dai codici ATECO congruenti con la propria partita IVA, quindi <b>il professionista non è tenuto</b> ad emettere fattura elettronica | <b>C</b> |
|--|----------|

**Sezione 2.2**

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| € Lavoratore autonomo non occasionale | <b>D</b> |
|---------------------------------------|----------|

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 | <b>DI ESSERE DIPENDENTE:</b> (non sono lavoratori dipendenti borsisti, dottorandi e assegnisti di ricerca, i collaboratori coordinati e continuativi) | <input type="checkbox"/> | <b>PUBBLICO</b>                                      | Ente: _____           |  |
|     |   | <input type="checkbox"/> |  | Codice Fiscale: _____ |  |
|     |   | <input type="checkbox"/> | <b>PRIVATO (indicare datore di lavoro)</b>           |                       |  |
|     |   | <input type="checkbox"/> | <b>A TEMPO DETERMINATO dal</b> _____ <b>al</b> _____ |                       |  |
|     |   | <input type="checkbox"/> | <b>A TEMPO INDETERMINATO dal</b> _____               |                       |  |

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

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 3.3                      | <b>DI AVERE DIRITTO ALL'APPLICAZIONE IN MISURA RIDOTTA DEL CONTRIBUTO INPS gestione separata o ENPAPI gestione separata in quanto (barrare la voce che interessa):</b> |
| <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: _____<br>(indicare descrizione come da tabella indicata nella Guida alla compilazione - paragrafo 3.3)                 |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 3.4                      | <b>DI ESSERE ESCLUSO DALL'OBBLIGO DEL CONTRIBUTO INPS GESTIONE SEPARATA O ENPAPI GESTIONE SEPARATA in quanto (barrare la voce che interessa):</b>  |
| <input type="checkbox"/> | ha superato per il corrente anno il massimale di reddito annuo imponibile di <b>€ 113.512,00</b> , (in tale importo non rientrano i redditi da pensione o lavoro dipendente, ma solo quelli derivanti da lavoro autonomo o assimilato) |

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

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

| 3.8                      | <b>DETRAZIONI PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO</b>   | <b>FAMILIARI A CARICO:</b><br>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:<br>• 4.000€ per i figli di età pari o superiore a 21 anni e fino ai 24 anni;<br>• 2.840,51€ per i familiari e i figli di età pari o superiore a 24 anni.  |   |                              |                 |  |  |                |  |                              |                 |                          |   |                          |   |  |  |                          |   |                          |   |  |  |                          |   |                          |   |  |  |                          |   |                          |   |  |
|--------------------------|---|--|---|------------------------------|-----------------|--|--|----------------|--|------------------------------|-----------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--|--|--------------------------|---|--------------------------|---|--|--|--------------------------|---|--------------------------|---|--|--|--------------------------|---|--------------------------|---|--|
|                          | <b>NOTA BENE:</b><br>Le detrazioni per familiari a carico possono essere richieste se non già applicate da altro datore di lavoro | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">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></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>A</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) F = figlio a carico di età pari o superiore a 21 anni; A = altro familiare;</p> |   |                              |                 |  |  | 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 |  |
|                          |   | 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 |                              |                 |  |  |                |  |                              |                 |                          |   |                          |   |  |  |                          |   |                          |   |  |  |                          |   |                          |   |  |  |                          |   |                          |   |  |

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

|      |  |                          |   |
|------|--|--------------------------|---|
| 3.10 | <b>TRATTAMENTO INTEGRATIVO L. 21/2020 SI RICHIEDE:</b>                                 | <input type="checkbox"/> | <b>LA NON APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI ALLA LEGGE 21/2020</b><br>qualora abbia percepito un reddito complessivo superiore a 28.000 € o qualora usufruisca del trattamento integrativo presso altro datore di lavoro                            |
|      | <b>NOTA BENE:</b> In caso di mancata scelta verrà applicato il trattamento integrativo | <input type="checkbox"/> | <b>L' APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI ALLA LEGGE 21/2020</b><br>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](mailto: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](mailto:privacy@unibo.it); PEC: [scriviunibo@pec.unibo.it](mailto: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](mailto:dpo@unibo.it); PEC: [scriviunibo@pec.unibo.it](mailto:scriviunibo@pec.unibo.it).

Per maggiori informazioni si prega di consultare il sito [www.unibo.it/privacy](http://www.unibo.it/privacy).

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)