

ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

## DATI ANAGRAFICI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Sesso

Data di nascita	Comune di nascita	Prov.

Codice Fiscale												

Residenza e/o Domicilio fiscale

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

Recapito (da compilarsi solo se diverso dal precedente indirizzo)

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

E-mail	Telefono	Fax	Cellulare
@	/	/	

Chiede che il pagamento del compenso venga effettuato mediante:

<input type="checkbox"/> Versamento su c/c bancario/bancoposta/Carta prepagata con le seguenti coordinate IBAN (27 caratteri numerici o alfabetici, senza barre o virgole, come da esempio a lato)					<table border="1"> <tr> <td colspan="4">ABI</td> <td colspan="4">CAB</td> <td colspan="8">Numero conto corrente</td> </tr> <tr> <td>I</td><td>T</td><td>9</td><td>6</td> <td>W</td><td>0</td><td>5</td><td>8</td> <td>5</td><td>6</td> <td>1</td><td>1</td><td>6</td><td>0</td> <td>1</td><td>0</td><td>5</td><td>0</td> <td>5</td><td>7</td><td>0</td><td>1</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> </table>										ABI				CAB				Numero conto corrente								I	T	9	6	W	0	5	8	5	6	1	1	6	0	1	0	5	0	5	7	0	1	1	1	1	1
ABI				CAB				Numero conto corrente																																																
I	T	9	6	W	0	5	8	5	6	1	1	6	0	1	0	5	0	5	7	0	1	1	1	1	1																															
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI				CAB				NUMERO DI CONTO CORRENTE																																													

N.B: L'Università è obbligata a pagare qualunque compenso d'importo superiore a 1.000 euro solo attraverso conto corrente bancario o postale, carte prepagate o altre carte elettroniche (art. 12, comma 2 legge 214/2011)

Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.

Data	Firma
	.....

\* **Importante:** allegare sempre, alla presente dichiarazione sostitutiva, la copia di un documento di identità in corso di validità.

## INFORMATIVA AI FINI DELLA PRIVACY

S'informa che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNADATI FISCALI E PREVIDENZIALI  
MODULO C  
CO.CO.CO.

## II/La sottoscritto/a

dichiara\* sotto la propria responsabilità:

(Barrare solo le caselle che interessano. Per un supporto alla compilazione vedi Guida allegata)

C1	<input type="checkbox"/> Di essere dipendente pubblico a tempo indeterminato dal _____																												
	<input type="checkbox"/> Di essere dipendente pubblico a tempo determinato dal _____ al _____																												
C1	<input type="checkbox"/> Di allegare l'autorizzazione all'Ente di appartenenza denominato: Codice Fiscale Ente _____																												
	<input type="checkbox"/> Di essere dipendente privato a tempo indeterminato dal _____																												
C2	<input type="checkbox"/> Di essere dipendente privato a tempo determinato dal _____ al _____																												
	<input type="checkbox"/> Di essere titolare di pensione diretta																												
C2	<input type="checkbox"/> Di essere titolare di pensione indiretta o reversibilità																												
	<input type="checkbox"/> Di essere iscritto/a alla Cassa Previdenziale di Categoria denominata:																												
C3	Di ricevere emolumenti a carico di finanze pubbliche per trattamenti pensionistici e/o trattamenti economici e/o incarichi di varia natura per un importo complessivo:																												
	<input type="checkbox"/> Superiore ad euro 240.000,00 <input type="checkbox"/> Non superiore ad euro 240.000,00																												
C4	<input type="checkbox"/> Di essere iscritto/a alla Gestione Separata INPS																												
C5	Di aver percepito/percepirà nell'anno in corso compensi assoggettati a contributi previdenziali c/o gestione separata INPS (es. co.co.co, assegni di ricerca/tutorato, dottorato di ricerca):																												
	<input type="checkbox"/> Non superiori ad euro 100.123,00 <input type="checkbox"/> Superiori ad euro 100.123,00																												
C6	Per l'applicazione delle detrazioni(*) per redditi assimilati al lavoro dipendente (art.13 T.U.I.R.) richiede: (*) La detrazione NON è una tassa ma un'agevolazione che va a diminuire l'IRPEF dovuta sul compenso																												
	<input type="checkbox"/> La non applicazione della detrazione d'imposta																												
C7	<input type="checkbox"/> L'applicazione della detrazione in misura fissa in quanto unico reddito percepito nell'anno solare non superiore a 8.000 euro																												
	Per l'applicazione delle detrazioni per carichi di famiglia (art. 12 T.U.I.R.) richiede:																												
C8	<input type="checkbox"/> Detrazioni per coniuge, figli o altri familiari a carico: Nota bene: un familiare può definirsi a carico se, nell'anno fiscale di riferimento, i suoi compensi assoggettati ad Irpef non superano il limite di euro 2.840,51																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome/Nome</th> <th>Nata/o il (gg/mm/aaaa)</th> <th>Codice Fiscale</th> <th>Condizione (*)</th> <th>Port. Handicap (Si/No)</th> <th>% Carico richiesto (100 o 50%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Cognome/Nome	Nata/o il (gg/mm/aaaa)	Codice Fiscale	Condizione (*)	Port. Handicap (Si/No)	% Carico richiesto (100 o 50%)																		
Cognome/Nome	Nata/o il (gg/mm/aaaa)	Codice Fiscale	Condizione (*)	Port. Handicap (Si/No)	% Carico richiesto (100 o 50%)																								
(*) coniuge, figlio, primo figlio in assenza di coniuge, figlio naturale riconosciuto, figlio adottivo, affiliato, affidato, altro familiare convivente																													
C9	Ai fini della determinazione dell'irpef richiede l'applicazione dell'aliquota irpef massima pari al _____ % in luogo di quella progressiva (scegliere tra 27, 38, 41, 43)																												

Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati

Data	Firma
------	-------

Importante: allegare sempre, alla presente dichiarazione sostitutiva, la copia di un documento di identità in corso di validità.

S'informa che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.