



SCHEMA ANAGRAFICA DOCENTI ESTERNI E CONTRATTISTI

Il/La sottoscritto _____

Codice Fiscale _____

Partita Iva _____

Nato a _____ (Prov.) _____ il _____

Residente a _____ (Prov.) _____ Cap _____ Via _____ n.° _____

Domicilio Fiscale (se diverso): _____

Recapito per eventuali comunicazioni (tel; fax; e-mail) _____

Compilare il riquadro SOLO in caso di intervenute variazioni di residenza, in relazione alla data indicata!

Residenza al 31/12/2008 Via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Residenza al 01/01/2009 Via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

in servizio, in qualità di **lavoratore dipendente**, presso il sottoindicato ente:

RISERVATO AI LAVORATORI DIPENDENTI DI PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI AI FINI DELL'ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI rese dal personale delle pubbliche amministrazioni art. 53 D.lgs.165/2001

Ente di appartenenza: _____

Prov. _____ Via _____ n° _____ CAP _____

Part-time 50% o inferiore (si ricorda che è necessario il nulla osta preventivo dell'Amministrazione di appartenenza nel caso di impiego a tempo pieno o part-time superiore al 50%)

al quale sono stati attribuiti insegnamenti per l'A.A 2009/10 dalla Facoltà di

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Economia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia |
| <input type="checkbox"/> Giurisprudenza | <input type="checkbox"/> Scienze della Formazione |
| <input type="checkbox"/> Lettere e Filosofia | <input type="checkbox"/> Scienze Matematiche Fisiche e Naturali |
| <input type="checkbox"/> Lingue e Letterature Straniere | <input type="checkbox"/> Scienze Motorie |

in qualità di:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrattista a titolo oneroso
(D.M. 21 maggio 1998 n. 242 e Reg. Ateneo prof. contratto) | <input type="checkbox"/> Contrattista con prestazione resa senza oneri per l'Università
(D.M. 21 maggio 1998 n. 242 e Reg. Ateneo prof. contratto) |
| <input type="checkbox"/> Docente universitario esterno
(professore/ricercatore universitario di ruolo di altro Ateneo) COMPILARE SOLO PAGG.1 E 3 | |

CHIEDE

che il pagamento del compenso venga corrisposto secondo le seguenti modalità di pagamento:

BONIFICO SU CONTO CORRENTE
IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatori 27 caratteri alfanumerici)

Codice Paese	Cin Eur (2 caratteri numerici)	Cin (1 carattere alfabetico)	ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	C/C (12 caratteri alfanumerici)

BANCA _____ AGENZIA O FILIALE DI _____

RISCOSSIONE DIRETTA ALLO SPORTELLO



DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI TROVARSI NELLA SEGUENTE POSIZIONE:

- a) di **essere/non essere iscritto*** a corsi di dottorato di ricerca (*cancellare la parte che non interessa);
Firma _____
- b) Professionista (art. 53, 1° comma, DPR 917/86) (l'attività di collaborazione **rientra nell'oggetto** dell'attività professionale svolta abitualmente)
 iscritto all'Albo..... e alla relativa Cassa di Previdenza.
 non iscritto in alcun Albo professionale e senza Cassa di Previdenza
Firma _____
- c) Professionista "ESORDIENTE" (art.13 legge 388/2000). non assoggettato a ritenuta d'acconto (l'attività di collaborazione **rientra nell'oggetto** dell'attività professionale svolta abitualmente)
 iscritto all'Albo..... e alla relativa Cassa di Previdenza.
 non iscritto in alcun Albo professionale e senza Cassa di Previdenza
Firma _____
- d) Professionista che si avvale del regime fiscale semplificato per i "CONTRIBUENTI MINIMI" (art.1, commi da 96 a 117 Legge Finanziaria 2008)
Firma _____
- e) Collaboratore coordinato e continuativo senza vincolo di subordinazione (art.50, comma 1 lettera c-bis, DPR 917/86)
Firma _____ → **COMPILARE SEZIONE PREVIDENZIALE**
- f) Professionista/lavoratore autonomo titolare di P.I. (art. 53, comma 2, DPR 917/86) con incarico di collaborazione coordinata e continuativa, **con oggetto delle prestazione non rientrante nella sua attività professionale abituale** → **COMPILARE SEZIONE PREVIDENZIALE**
Firma _____

→**SEZIONE PREVIDENZIALE**

Ai fini della copertura previdenziale DICHIARA, altresì

Si raccomanda di firmare la lettera A ed UNA delle lettere successive (B, C, D). La mancata sottoscrizione dei campi sotto indicati comporterà infatti il mancato pagamento fino al momento della regolarizzazione della posizione previdenziale.

- A)** che ha **provveduto/provederà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) all'iscrizione alla gestione separata presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96. Firma _____
- B)** di essere **titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** c/o l'Ente _____ e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 17%**.
Firma _____
- C)** di essere **titolare di pensione diretta** quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 17%**.
Firma _____
- D)** di **non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità e di** e quindi, soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 25,72%.**
Firma _____
- E)** di superare il limite contributivo annuo di **€ 91.507,00**e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva.
Firma _____

In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

RICHIEDE

ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, di cui all'art 76, per le dichiarazioni mendac
DETRAZIONI PER LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATO

agli effetti dell'applicazione delle DETRAZIONI d'imposta previste dall'art. 13 del D.P.R. 917/1986 per redditi da lavoro
dipendente, borse di studio (ex art. 50, 1 comma lett. c)), collaborazioni coordinate e continuative (ex art. 50, 1 comma lett.
e bis)

- l'applicazione delle detrazioni di cui al predetto art. 13 del D.P.R. 917/86 a decorrere dal.....;
di tener conto per l'anno 2009 anche dell'ammontare di redditi ulteriori rispetto a quelli erogati dall'Università degli
Studi di Verona, pari ad €.....;
l'applicazione dell'aliquota marginale IRPEF (*) nella misura del _____ % in luogo di quella progressiva a
scaglioni collegata all'entità dell'emolumento nel periodo d'imposta.

(*) N.B.: le aliquote in vigore nell'anno 2009 sono le seguenti: 23%, 27%, 38%, 41%, 43%; (può comunque essere
indicata un'aliquota diversa compresa tra la minima e la massima).

LEGGE FINANZIARIA 2008 (art. 3 commi da 43 a 53)

Emolumenti a carico di Pubbliche Amministrazioni, società pubbliche partecipate e loro controllate e collegate.

DICHIARA

(ai sensi degli articoli 43 e 46 D.P.R. n. 445 del 2000)

che nel corso dell'anno solare _____, in relazione agli impegni già assunti con amministrazioni statali, agenzie, enti
pubblici economici e non economici, enti di ricerca, università, società non quotate a totale o prevalente partecipazione
pubblica e loro controllate, potrà ricevere una retribuzione complessiva a carico dei predetti Enti:

- Non superiore ad € 289.984,00;
Superiore ad € 289.984,00 e così composta:
Ente: _____ compenso: _____ data conferimento _____
Ente: _____ compenso: _____ data conferimento _____

Firma _____

PRENDE ATTO

Che il D. Lgs. 30/06/03 n. 196 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo il decreto
legislativo indicato, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi
diritti. Ai sensi dell'art. 13 del suddetto decreto la informiamo che il trattamento che intendiamo effettuare:

- ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a Suo favore dei compensi dovuti e l'applicazione degli adempimenti
contributivi, previdenziali e fiscali previsti dalla normativa vigente;
sarà effettuato con modalità prevalentemente informatizzate;
i dati in possesso dell'Università potranno essere forniti ad altri soggetti pubblici (quali, ad es. Ministero dell'Economia e delle Finanze,
Inps) per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge

Che il collaboratore rientrante nelle tipologie punti e) f) pag 2 è soggetto all'obbligo assicurativo INAIL di cui al D. Lgs. 23/02/2000 n. 38 art. 5..

S'IMPEGNA

inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d'ora Università degli Studi di
Verona da ogni responsabilità in merito.

(data)

(Firma leggibile dell'interessato)