



INQUADRAMENTO FISCALE E PREVIDENZIALE PERSONALE ESTERNO LAVORO AUTONOMO O LIBERO PROFESSIONALE RESIDENTI IN ITALIA

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o atto di notorietà a norma del DPR 445/2000

*Il modulo deve essere debitamente compilato nelle parti che interessano.
Si prega di non omettere informazioni necessarie per la corretta gestione delle posizioni*

Il Sottoscritto/a (Cognome Nome) _____

Sesso _____

Luogo di nascita: _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza:

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ N° _____

Recapiti:

Telefono abitazione _____ Telefono ufficio _____ Cell. _____

Indirizzo di posta elettronica _____

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

Residenza al 01/01/2025 Via _____ N° _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

CHIEDE

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

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatorie 27 caratteri alfanumerici).

ATTENZIONE: indicare solo Conto Corrente di cui si è TITOLARI o COINTESTATARI!

Codice Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	C/C (12 caratteri alfanumerici)
_ _	_ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BANCA _____ CITTA' _____

AGENZIA O FILIALE DI _____



DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445/00, **di essere nella propria attività lavorativa e nei confronti della prestazione richiesta** (barrare le caselle di interessano):

DIPENDENTE DI PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (è necessario il nulla osta preventivo dell'Amministrazione di appartenenza nel caso di impiego a tempo pieno o part-time superiore al 50%)

a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno o part-time superiore al 50% Dal.....al.....

part-time al 50% o inferiore

➤ **RISERVATO AI LAVORATORI DIPENDENTI DI PUBBLI CHE AMMINISTRAZIONI** ai fini dell'**ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI** rese dal personale delle pubbliche amministrazioni art. 53 D.lgs.165/2001

DI AVER RICHiesto L'AUTORIZZAZIONE ALL'ENTE DI APPARTENENZA (da allegare)

ENTE DI APPARTENENZA: _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n° _____

DOCENTE UNIVERSITARIO (è necessario il nulla osta preventivo dell'Università di appartenenza nei casi previsti per legge)

a tempo PIENO a tempo DEFINITO

DIPENDENTE PRIVATO

a tempo INDETERMINATO a tempo DETERMINATO dal _____ al _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di trovarsi nella seguente posizione nei confronti dell'Università degli Studi di Verona :

LAVORO AUTONOMO e di non esercitare abitualmente attività professionali e pertanto di svolgere l'attività suddetta in forma del tutto **occasionale** (art.67, comma 1, lettera 1 DPR 917/86)

Firma _____

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** (selezionare l'ipotesi che interessa) all'iscrizione alla gestione separata presso la sede competente INPS Firma _____

che ha **provveduto/provederà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) all'iscrizione alla gestione separata **ENPAPI** Firma _____

B) di essere **titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** (es.: ex INPDAP, INPS, INPGI etc) c/o l'Ente e di essere **iscritto alla cassa previdenziale** e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 24,00%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____



C) di essere titolare di pensione diretta quindi soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 24,00%**.
In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

Firma _____

D) di non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità e quindi, soggetto alla gestione contributiva nella **misura del 33,72%**. In caso di variazioni della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva

Firma _____

E) Di superare il massimale annuo della base contributiva INPS pari ad € 120.607,00 presso la gestione separata L. 335/95 e pertanto invita codesta Amministrazione a non operare la trattenuta contributiva.

Firma _____

DICHIARAZIONE PER VERIFICA SUPERAMENTO DELLA FRANCHIGIA € 5.000,00
(art. 44 Legge 326/2003 – Circolare INPS n. 103/2004)

DICHIARA che fino ad oggi ha percepito nel periodo d'imposta _____ compensi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 67 (c.d. occasionale) d'importo complessivo non superiore a Euro 5.000,00= e pari a Euro _____ e comunque erogati da Enti pubblici e/o privati diversi dall'Università degli Studi di Verona. **Si dichiara, inoltre, disponibile a provvedere autonomamente al versamento dei contributi dovuti, sollevando codesto Ente da oneri e responsabilità per l'omesso involontario alla gestione separata INPS. Si impegna, nel contempo, a comunicare l'eventuale superamento del limite al fine di permettere l'applicazione della ritenuta e consentire all'Ente il versamento degli importi dovuti.**

Si raccomanda l'indicazione degli eventuali compensi già percepiti. In mancanza indicare ZERO "0".

che fino ad oggi ha percepito nel periodo d'imposta _____ compensi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 67 (c.d. occasionale) superiori a Euro 5.000,00=.



**DICHIARA
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
DI SVOLGERE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE
(art. 53 1° comma, DPR 917/86):**

Professionista con obbligo di rilascio fattura elettronica sul compenso

Partita Iva Individuale n. _____

con domicilio fiscale in Via _____

n. _____ Città _____ Prov. _____ Cap _____

o dello Studio Associato(*) _____

Partita Iva n. _____ in Via _____

n. _____ Città _____ Prov. _____ Cap _____

iscritto all'Albo/Ordine _____.

Non iscritto all'Albo/Ordine:

Cassa 4%

Cassa 2%

Iscritto alla Gestione Separata INPS

Regimi minimi L. 111 del 15.07.2011

Regime forfettario l. 190/2014

Firma _____

**(*) in quanto libero professionista associato ad uno studio professionale,
DICHIARA**

che il pagamento eseguito allo Studio Associato è soddisfacente ed esaurisce anche le proprie pretese personali.

Firma _____

LEGGE STABILITA' 2014 art. 1 commi 471 ss

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

che nel corso dell'anno solare 2025, in relazione agli impegni già assunti con amministrazioni statali, agenzie, enti pubblici economici, enti di ricerca, università, società non quotate a totale o prevalente partecipazione pubblica e loro controllate, potrà ricevere una retribuzione complessiva e a carico dei predetti Enti in ragione di rapporti di lavoro subordinato o di lavoro autonomo:

Non superiore ad € 240.000

Superiore ad € 240.000 e così composta:

Ente _____ compenso lordo _____

data conferimento _____

Firma _____

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.



Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (a seguire: Regolamento) si informano i titolari di incarico di insegnamento che il trattamento dei dati personali forniti, o comunque acquisiti dall'Università di Verona, ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a loro favore dei compensi dovuti e l'applicazione degli adempimenti contributivi, previdenziali e fiscali previsti dalla normativa vigente e verrà effettuato presso l'Ateneo da parte di personale autorizzato, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

(data)

(Firma leggibile dell'interessato)