Allegato B

ANNO 2019

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  |  | | --- | --- | |  | Direzione Area di Medicina - DAMVia Savi,10 - 56126 Pisa | | |  |

# Dichiarazione dei DATI PERSONALI PER I COLLABORATORI ESTERNI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Io sottoscritto/a |  | Tel. |  |

**ATTENZIONE: E-MAIL OBBLIGATORIA SENZA ESTENSIONE UNIPI** (per invio cedolino web e C.U.)

E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice Fiscale : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| o (*se residente all’estero*) codice identificativo estero (**\***) : |  |

**dichiaro**

**sotto la mia personale responsabilità:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * di essere nato/a il |  |  |  |  |  |  |  |  |  | città |  | prov. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * di avere domicilio fiscale in via/piazza al 01.01.2019 (\*vedi legenda) |  | nr. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C.A.P. |  |  |  |  |  | città |  | prov. |  |

* Di avere la cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * di essere titolare del seguente numero di PARTITA IVA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * di essere iscritto all’albo o elenco professionale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * di svolgere attualmente la seguente professione |  |

* **Di essere dipendente a tempo indeterminato** **presso** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in caso di ente pubblico compilare i seguenti** **dati**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Via |  | C.A.P. |  |  |  |  |  | Città |  | Prov. |  |

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Di avere un rapporto di lavoro a tempo determinato** **presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**indicare il periodo** (GG/MM/AA):

**dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**in caso di ente pubblico compilare i seguenti dati:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Via |  | C.A.P. |  |  |  |  |  | Città |  | Prov. |  |

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * di scegliere la seguente modalità di pagamento per il corrispettivo della prestazione: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Con quietanza del medesimo | | | | | | | | |  | | Accredito su c/c bancario/postale | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| COORDINATE IBAN **intestato o cointestato al collaboratore** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ID NAZ | | CIN E | | CIN | | ABI | | | | | | | CAB | | | | | | | NUMERO CONTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | | |  | |  | |
| BIC: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| istituto bancario | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | N° agenzia | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| indirizzo | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | città | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | C.a.p. | | | |  | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |  |

***Nota: l’indicazione dell’IBAN è obbligatoria.***

|  |
| --- |
| * (*se residente all’estero*) di **avvalermi/ non avvalermi** della Convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale tra Italia e (stato estero di residenza) previa presentazione della prescritta documentazione fornita dall’autorità fiscale estera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*\*\*) |

# Dichiarazione di titolarità di posizione contributiva ai fini previdenziali

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| In relazione all’incarico conferitomi il |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| con decorrenza dal |  |  |  |  |  |  |  |  | al |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| e consistente nella seguente prestazione |  |
|  |  |
|  |  |

**INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART.13 DEL D.LGS n. 196/2003**

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, l’Università di Pisa informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell’art. 13 della normativa indicata, La informiamo che i dati personali, da Lei forniti, saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto di collaborazione con l’Università di Pisa.

L’eventuale rifiuto a fornire i dati di cui sopra avrà come conseguenza l’impossibilità per l’Università di procedere alla formalizzazione dell’incarico di cui sopra.

**LEGENDA:**

* Il domicilio fiscale si valuta in questo modo:
  + Per i residenti il domicilio si identifica con l’anagrafe del Comune a cui si è iscritti
  + Per i non residenti (cioè coloro che dimorano in Italia per un periodo inferiore a 183 giorni) il domicilio si indentifica con il Comune nel quale si percepisce il reddito

ATTENZIONE: lo studente dimorante a Pisa ma iscritto all’anagrafe di ad.es. Bergamo è residente fiscale a Bergamo, il campo deve riportare non la dimora ma il vero e proprio domicilio fiscale.

**N.B. Si fornisce prospetto delle aliquote di imposta:**

**23% fino a 15.000,00 euro di reddito**

**27% da 15.001,00 a 28.000,00 euro di reddito**

**38% da 28.001,00 a 55.000,00 euro di reddito**

**41% da 55.001,00 a 75.000,00 euro di reddito**

**43% redditi oltre 75.000,00**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** |  | Il Collaboratore |  |

RICHIESTA RIMBORSO spese del .................................................

Cognome e nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residenza fiscale: Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RIMBORSO SPESE**

per seminario del giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal titolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

elenco spese:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOTALE €

========

Modalità di pagamento:

- bonifico bancario IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

==========================================================

**dichiarazione**

Io sottoscritto.........................................................................., nato a .............................................. il ...............................,

dichiaro di non esercitare una professione in via abituale e di non essere, pertanto, titolare di Partita I.V.A. La presente nota è la sola richiesta del rimborso delle spese da me effettuate e dichiaro di non aver ricevuto alcun compenso per la prestazione da me svolta.

Firma ...................................

|  |
| --- |
| ***marca da bollo da € 2,00***  ***in data uguale o anteriore***  ***alla data della nota***  ***se l’importo è superiore a €77,47*** |