

DATI ANAGRAFICI E FISCALI

LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE

(compreso soggetti non residenti con P.ta Iva Italiana – IT)

All'Azienda USL della Romagna
Via A. de Gasperi, 8
48121 RAVENNA
CF/P.TA IVA 02483810392
COD. IPA 0L06J9

Oggetto dell'incarico _____

presso l'Unità Operativa/Dipartimento/Servizio _____

Atto di affidamento (determina, delibera, lettera incarico, ecc) _____

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

DICHIARO I SEGUENTI DATI ANAGRAFICI:

Data di nascita	Comune di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Cittadinanza			
Codice Fiscale			
Comune di residenza		Via e n. civico	
C.A.P.	Prov.	Indirizzo e-mail	n. cellulare
Comune di Domicilio (se diverso dalla residenza)		Via e n. civico del Domicilio	
C.A.P. del Domicilio	Prov. di Domicilio		

DICHIARO INOLTRE:

Di essere lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
se SI , c/o Azienda / Ente:	
Con Sede Legale in Via / Piazza	
Città/CAP/Provincia	

Di essere pensionato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
se SI , l'Ente erogatore la pensione è	

Che l'attività di cui all'incarico affidato rientra nell'oggetto della professione abitualmente esercitata corrispondente alla professione / attività di _____

esercitata con il seguente numero di Partita IVA _____

Di avere fatto opzione al competente Ufficio tributario per un regime fiscale di vantaggio (es. regime forfettario o regime dei "vecchi minimi" ecc):
 SI NO

se **SI** indicare quale: _____ previsto dalla Legge: _____

Di essere iscritto ad un Albo Professionale
 SI NO

se **SI** indicare quale Albo :

che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa Previdenziale con obbligo di versamento contributivo
 SI NO

<p>se SI</p> <p>Che è previsto per legge il diritto di rivalsa sul committente <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI nella percentuale del _____</p> <p>Che in relazione al mio eventuale obbligo di versamento contributivo alla Cassa di categoria, intendo esercitare il diritto di rivalsa <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>(NB il diritto di rivalsa <u>non è ammesso</u> per i gli iscritti all'ENPAM e all'ENPAF)</p>	<p>se NO</p> <p>Che in relazione al mio eventuale obbligo di versamento contributivo alla Gestione Separata INPS, intendo esercitare il diritto di rivalsa del 4% <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>
---	---

DICHIARO INFINE

Di chiedere che il compenso concordato venga accreditato sul c/c a me intestato presso la Banca: _____ Sede/Agenzia/Filiale di _____

CODICE IBAN _____

Codice Paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	Numero Conto
--------------	-------------	-----	-----	-----	--------------

Di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione rispetto alla presente dichiarazione.

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effettivi cui all'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda USL della Romagna, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

Titolare del trattamento è l'Ausl della Romagna nella persona del Direttore Generale.

Responsabile del trattamento è il dott. Scalorbi Alessandro, come indicato nell'elenco dei responsabili del trattamento e consultabile sul sito web: <https://www.auslromagna.it/>

_____, il ____/____/____

Firma _____