

## DATI ANAGRAFICI E FISCALI

### PRESTAZIONE DI LAVORO OCCASIONALE

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

Ambito operativo \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_

Oggetto della prestazione \_\_\_\_\_

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)		Indirizzo del Domicilio	

DICHIARO INOLTRE:

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

Di non svolgere attività di lavoro autonomo in forma professionale oppure che l'attività di cui all'incarico affidato non rientra nell'ambito di quella abitualmente esercitata
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Di essere iscritto ad un Albo Professionale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
se <b>SI</b> indicare quale Albo :	
che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa Previdenziale con obbligo di versamento contributivo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>se SI</b>  <input type="checkbox"/> che la suddetta Cassa attrae i contributi dovuti sul compenso di prestazione occasionale percepito.	<b>se NO</b> <input type="checkbox"/> che il reddito annuo derivante dalla prestazione di lavoro occasionale affidatami, sommato a quello percepito da altri committenti, <u>non supera</u> i 5.000,00€  <input type="checkbox"/> che il reddito annuo derivante dalla prestazione di lavoro occasionale affidatami, sommato a quello percepito da altri committenti, <u>supera</u> i 5.000,00 € e che la quota di reddito sulla quale deve essermi trattenuto il contributo previsto dalla Legge 335/95 per gli iscritti alla Gestione Separata Inps è pari ad € _____ (indicare il reddito annuo eccedente i 5.000,00€); e che l'aliquota contributiva prevista dalla Legge 335/95 per gli iscritti alla Gestione separata Inps (1/3 a carico del prestatore e 2/3 a carico del committente) fissata per l'anno 2018 a me applicabile deve essere:  <input type="checkbox"/> aliquota del 24% prevista per i Pensionati  <input type="checkbox"/> aliquota del 24% prevista per gli iscritti ad altra gestione contributiva obbligatoria  <input type="checkbox"/> aliquota del 33,72% prevista per i non titolari di partita iva, non iscritti ad altra gestione obbligatoria e non pensionati

Di percepire, nell'ambito della prestazione occasionale oggetto del presente incarico, un rimborso spese documentato (con pezze giustificative originali consegnate all'Ausl) in assenza di compenso, per il quale non è previsto alcun obbligo di versamento di ritenuta d'acconto (Risoluzione Agenzia delle Entrate n. 49/E 11/7/2013).  SI  NO

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 \_\_\_\_\_