



DICHIARAZIONE DEI DATI PERSONALI PER I COLLABORATORI ESTERNI RESIDENTI

Il/La sottoscritto/a

Cognome					Nome											
Comune di nascita o Stato di nascita estero					Prov.					Data di nascita						
Codice Fiscale																
Partita IVA																
Comune di residenza																
Indirizzo di residenza (via, numero civico)																
Comune di domicilio fiscale (<i>solo se diverso dalla residenza anagrafica</i>)																
Indirizzo di domicilio fiscale (<i>solo se diverso dalla residenza anagrafica, via, numero civico</i>)																
Telefono cellulare					Indirizzo e-mail (<i>dato necessario ai fini della ricezione della Certificazione Unica CU</i>)											
in relazione al seguente incarico, conferitogli dall'Università degli Studi del Sannio:																

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere:

(*individuare e COMPILARE la fattispecie fiscale e previdenziale che interessa: A – B – C – D, barrando le ipotesi che ricorrono e apponendo le sottoscrizioni richieste*)

LIBERO PROFESSIONISTA

A) LIBERO PROFESSIONISTA (ex-art. 53, 1° comma, DPR 917/86) che effettua una prestazione di lavoro autonomo rientrante nell'oggetto dell'arte o professione abituale, con obbligo di rilascio di fattura sul compenso (ex-art. 5, 1° comma, DPR 633/72). A tal fine, dichiara, di essere (*barrare l'ipotesi che ricorre*):

- titolare di partita IVA in regime ordinario;
- titolare di partita IVA in regime dei minimi/forfettario agevolato;
- di non essere titolare di partita IVA personale, in quanto componente del seguente soggetto collettivo (*studio professionale associato*):
Denominazione _____

Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____

Partita IVA

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

Dichiara, altresì, che ai fini previdenziali, il compenso sarà maggiorato (*barrare l'ipotesi che ricorre*):

- del 4% quale rivalsa parziale del contributo INPS dovuto ai sensi dell'art. 2, comma 26, della L. 335/95, in quanto professionista iscritto alla gestione separata INPS;
- del contributo integrativo dovuto alla propria cassa professionale o ente previdenziale nella misura del _____ (*specificare se al 2% o 4%*),

Firma _____



COLLABORATORE COORDINATO E CONTINUATIVO

B) COLLABORATORE COORDINATO E CONTINUATIVO senza vincolo di subordinazione (*ex-art. 50, 1° comma, lett. c-bis, DPR 917/86*). Dichiaro che l'incarico svolto/da svolgere non è correlato alle specifiche funzioni della qualifica ricoperta presso l'Ente Pubblico di appartenenza o che non rientra nell'oggetto dell'arte o professione di cui all'articolo 53, 1° comma, DPR 917/86.

Prende atto che il compenso è soggetto al regime contributivo di cui all'articolo 2 comma 26 e seguenti della Legge 335/95 - Gestione Separata presso l'INPS. e, a tal fine, dichiara di essere soggetto/a:

al contributo G.S. INPS nella misura piena del 35,03% (*aliquota vigente dal 1.1.2022*) in quanto soggetto privo di altra copertura previdenziale;

al contributo G.S. INPS nella misura ridotta del 24% in quanto:

soggetto provvisto di altra tutela pensionistica obbligatoria, di seguito specificata:
(*specificare cassa previdenziale: es. INPS-dipendenti pubblici, INPS-lavoratori dipendenti, CPA etc.*)

_____ dalla data del _____;

soggetto titolare di pensione diretta indiretta o reversibilità.

Dichiara, altresì:

di essere già iscritto alla G.S. INPS;

di non essere iscritto alla G.S. INPS e che provvederà alla relativa iscrizione a decorrere dalla data di inizio del presente incarico.

Chiede, inoltre, ai fini fiscali, l'applicazione sul compenso:

dell'aliquota marginale IRPEF del _____ (in difetto di tale comunicazione verrà applicata l'aliquota minima IRPEF)

oppure (se non titolare di altri rapporti di collaborazione e/o di lavoro dipendente)

delle detrazioni fiscali per lavoro assimilato di cui all'articolo 13 del TUIR, da rapportare al periodo di durata dell'incarico;

della detrazione minima spettante per i rapporti di lavoro a tempo determinato, in quanto titolare di un reddito complessivo annuo non superiore ad € 15.000,00 (*importo soglia vigente dal 1.1.2022*).

Firma _____

LAVORATORE AUTONOMO OCCASIONALE

C) LAVORATORE AUTONOMO OCCASIONALE che svolge l'attività suddetta senza requisito di abitualità, continuità e professionalità in forma del tutto occasionale (*ex-art. 67, 1° comma, lettera L, DPR 917/86*) e di non essere obbligato all'emissione di fattura sul compenso (*ex-art. 5, 2° comma, DPR 633/72*). Si impegna, pertanto, a compilare il **Modello 3 STIP (nota di pagamento)**, in uso presso l'Università degli Studi del Sannio.

Firma _____



LAVORATORE DIPENDENTE DI ALTRI ENTI PUBBLICI

D) LAVORATORE DIPENDENTE, autorizzato dall'Amministrazione Pubblica di appartenenza a svolgere l'incarico presso l'Università degli Studi del Sannio, in relazione alle specifiche funzioni della qualifica ricoperta presso l'Amministrazione di appartenenza (rientrano in questa fattispecie i compensi per la partecipazione a taluni comitati tecnici, commissioni d'esame, organi collegiali e simili). In merito, la Circolare Ministeriale 23/12/1997, n° 326/E, così chiarisce: "... La relazione tra l'espletamento dell'incarico e la qualifica di lavoratore dipendente sussiste nel caso in cui risulti, per legge, regolamento, altro atto amministrativo, statuto o capitolato, che l'incarico debba essere affidato ad un componente della categoria alla quale il contribuente appartiene. In altri termini, la relazione suddetta si deve desumere dal fatto che la norma extratributaria regolatrice dell'incarico abbia collegato una presunzione di possesso della competenza specifica alla circostanza dell'appartenenza del soggetto ad una certa categoria di lavoratori dipendenti o ad una certa posizione di impiego. Qualora, invece, detta relazione non sussista, i compensi e le indennità percepite vanno qualificati quali redditi derivanti da rapporti di collaborazione coordinata e continuativa..."). Pertanto, i compensi rientrano tra i redditi assimilati al lavoro dipendente ex-art. 50, 1° comma, lett. b), DPR 917/86, fuori dal campo di applicazione IVA e non possono in nessun caso essere definiti di lavoro autonomo.

Pertanto, integra i dati già riportati nella prima pagina con i seguenti:

Ente pubblico di appartenenza _____

Qualifica ricoperta in seno all'Ente Pubblico di appartenenza _____
(per la qualifica di dirigente, l'art. 24 del D.Lgs. 165/2001 all'art. 24, comma 3, stabilisce che i compensi dovuti da terzi sono corrisposti direttamente all'amministrazione ove lo stesso presta servizio e confluiscono nelle risorse economiche destinate al trattamento accessorio della dirigenza)

Aliquota IRPEF massima da applicare sul compenso (verificare ultimo cedolino stipendi) _____%

Firma _____

INOLTRE, DICHIARA:

(barrare l'ipotesi che ricorre)

- di non essere lavoratore dipendente;
 di essere dipendente di Ente/azienda Privata;
 di essere pensionato;
 di essere dipendente del seguente Ente pubblico: _____

_____ Via _____ n° _____

C.A.P. _____ COMUNE _____ Prov. _____

Provvede, pertanto, ad allegare l'autorizzazione a collaborare con l'Università degli Studi del Sannio di Benevento, rilasciata dall'Ente Pubblico di appartenenza, secondo quanto disposto dall'articolo 53 del D.Lgs. 165/2001 OPPURE dichiara di non essere tenuto, ai sensi dell'articolo 53 del D.Lgs. 165/2001, a richiedere l'autorizzazione al proprio Ente Pubblico di appartenenza, in quanto:

Firma _____



CHIEDE, INFINE, CHE GLI ORDINATIVI DI PAGAMENTO EMESSI, A PROPRIO FAVORE, DALL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL SANNIO, VENGANO ESTINTI MEDIANTE

(barrare la modalità richiesta, specificando gli ulteriori dati)

- per cassa (solo se l'importo netto del compenso non è superiore ai limiti di legge), presso gli sportelli dell'Istituto Cassiere dell'Università degli Studi del Sannio;
- assegno circolare non trasferibile, da spedire a cura dell'Istituto cassiere all'indirizzo di residenza con spese a proprio carico;
- accredito su conto corrente intestato o cointestato, intrattenuto presso l'Istituto bancario/ Banco Posta
- _____, Agenzia di _____, Via _____
- _____, C.A.P. _____, COMUNE _____,

COORDINATE BANCARIE IBAN (codice composto da 27 caratteri alfanumerici)

Paese	Check	CIN	ABI	CAB	numero conto

Attenzione, al fine di evitare disguidi nell'accredito dei compensi, i campi sopra indicati devono essere compilati in modo corretto e completo. In caso di dubbio, contattare la propria filiale bancaria.
Si precisa che le commissioni bancarie relative al bonifico sono a carico del beneficiario.

Il/La sottoscritto/a si impegna ad attenersi a quanto sopra dichiarato, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Università degli Studi del Sannio da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

Data _____ Firma _____ (1)

1) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure trasmettere a mezzo di posta elettronica non certificata al seguente indirizzo e-mail: ufficio.stipendi@unisannio.it, corredato da una fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali raccolti avverrà secondo le modalità stabilite dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, e del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni. Tutte le informazioni relative ai trattamenti effettuati e per l'esercizio dei diritti degli interessati sulla protezione dei dati personali sono reperibili sul sito web dell'Ateneo al seguente indirizzo: <https://www.unisannio.it/it/ateneo/amministrazione/privacy>.