

Dichiarazione dei DATI PERSONALI PER I COLLABORATORI ESTERNI/TEMPORANEI

Io sottoscritto/a _____ Tel. _____

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

E-MAIL _____

Codice Fiscale:

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

ATTENZIONE: il codice fiscale italiano va comunque assunto , per il pagamento
anche dai soggetti esteri

CITTADINANZA _____

e (se residente all'estero) codice identificativo estero): _____

dichiaro

sotto la mia personale responsabilità:

• di essere nato/a il

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

 città _____ prov. _____
Stato di nascita:

• di avere domicilio fiscale in _____ nr. _____
via/piazza al 01.01.2024 (*vedi guida)

C.A.P.

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

 città _____ prov. _____

• Di avere la residenza fiscale in _____

• Stato civile _____

- di essere titolare del seguente numero di PARTITA IVA/VAT

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

- di essere iscritto all'albo o elenco professionale
- di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale
- di svolgere attualmente la seguente professione

- di svolgere l'incarico affidato nel seguente paese¹

- Di essere dipendente a tempo indeterminato presso

Compilare i seguenti dati anche nel caso in cui l'Ente/Azienda di occupazione sia estero:

Via _____ C.A.P.

--	--	--	--	--

 Città _____ Prov. _____

Tel. _____ email _____/PEC _____

C.F./P.IVA/VAT _____

- Di avere un rapporto di lavoro a tempo determinato presso _____

indicare il periodo (GG/MM/AA):

dal _____ al _____

Compilare i seguenti dati anche nel caso in cui l'Ente/Azienda di occupazione sia estero:

Via _____ C.A.P.

--	--	--	--	--

 Città _____ Prov. _____

Tel. _____ email _____/PEC _____

C.F./P.IVA/VAT _____

¹ L'informazione è importante soprattutto qualora la prestazione sia svolta da remoto e non contempli il soggiorno in Italia

- 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

istituto bancario _____

N° agenzia _____

indirizzo _____

C.a.p. _____ città _____

BIC/SWIFT (Istituti
Bancari esteri)

Nota: l'indicazione dell'IBAN è obbligatoria.

PER I RESIDENTI FISCALI ALL'ESTERO che operano in presenza

- (se residente all'estero e la prestazione è svolta in Italia) 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-
- In particolare chiedo l'applicazione dell'articolo della vigente Convenzione Italia /.....
 _____ (***)

Dichiarazione di titolarità di posizione contributiva ai fini previdenziali

In relazione all'incarico conferitomi il

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

con decorrenza dal

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

 al

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

e consistente nella seguente prestazione _____

Dichiaro**sotto la mia personale responsabilità:**

1. (per incarico di collaborazione temporanea-fiscalmente co.co.co) di essere soggetto/a al regime contributivo relativamente all'anno **2024** di cui all'articolo 2 comma 26 e seguenti della Legge 335/95 - Gestione Separata INPS:

☐contribuzione INPS pari al **35,03%** in quanto privo di copertura previdenziale☐contribuzione INPS pari al **24%**, in quanto già iscritto ad altra cassa previdenziale o già titolare di pensione☐

Dichiaro di aver attivato la posizione contributiva presso la gestione separata INPS

Per i titolari di collaborazione temporanea/cococo non residenti:☐**Dichiaro di possedere ed allegare alla presente il documento portatile A1 in materia di legislazione di previdenza applicabile**

Agli effetti dell'applicazione del trattamento INAIL, di cui al D.Lgs 38/2000, il sottoscritto dichiara²

☐ Di autorizzare il committente ad operare la ritenuta di sua competenza in occasione dell'erogazione degli emolumenti in base al tasso di premio applicabile al rischio derivante dall'attività oggetto dell'incarico per la specifica categoria

☐ Di non essere titolare di altri rapporti di collaborazione temporanea (fiscalmente co.co.co) in contemporanea con quello oggetto del presente, su incarico di altri committenti e/o su incarico di altra struttura autonoma dell'Ente. S'impegna a comunicare tempestivamente il variare di tale situazione al fine di consentire l'esatta determinazione del premio INAIL

☐ Di essere titolare di altro /i rapporto/i di collaborazione temporanea (fiscalmente co.co.co) con incarico di..... presso
(****), con durata dal .../.../.....al .../.../..... il cui imponibile INAIL (sul quale è già stato pagato il contributo) è EURO _____ e la cui percentuale applicata è Se l'ente sopraindicato ha applicato proporzionalmente il contributo in base anche al reddito percepito presso l'Ateneo barrare la casella SI

SI

² Minimali e massimali INAIL in **vigore nel 202:**

minimale annuo 19.221,30 mensile € 1.601,78

massimale annuo € 35.696,70 mensile 2.974,73

COLLABORATORI ESTERNI/TEMPORANEI e borse di studio imponibili
(ruoli UGOV/CSA CC E BS)

<i>Non chiede l'applicazione delle detrazioni personali (l'opzione è vincolante per l'intero anno di imposta)</i>

SEZIONE 1

Ai fini del riconoscimento delle DETRAZIONI di imposta residue (dopo l'entrata in vigore della normativa sull'assegno unico) di cui all'art. 12 commi 1 e 2, 3 e 4 del Testo Unico delle Imposte Dirette (DPR 917/1986) dichiaro di avere diritto alle seguenti detrazioni. Nella veste di sostituto DICHIARO che i familiari di seguito indicati, potenzialmente soggetti alle detrazioni di imposta residue, non possiedono nel periodo di imposta di riferimento un reddito complessivo superiore a 2.840,51 euro comprensivo dell'abitazione principale e per i figli minori di 24 anni un reddito superiore a 4.000,00 euro. SI RICORDA CHE I REDDITI ESENTI NON CONTRIBUISCONO ALLO STATUS DI FAMILIARE A CARICO per cui – ad es. – la percezione di una borsa di dottorato od assegno non fa venire meno la condizione di familiare a carico se sussistono le altre condizioni.

Autorizzo all'attribuzione delle detrazioni:

☐ da calcolarsi ed attribuirsi in base al reddito complessivo presunto annuo erogato dal sostituto d'imposta

☐ da calcolarsi ed attribuirsi in base al seguente reddito complessivo presunto: _____
(da riportare anche sella Sez.4)

*Importante! Il livello di reddito ai fini delle detrazioni – differentemente da quello da considerare per persona a carico – è al **netto** del reddito dell'abitazione principale e come tale va indicato nella presente sezione.*

Nota: il lavoratore ha facoltà di comunicare al datore di lavoro l'ammontare di altri redditi se vuole un calcolo ed evitare restituzioni di imposte in sede di dichiarazione dei redditi. Se non si possiedono altri redditi barrare la prima casella.

SEZIONE 2

DETRAZIONE PER CONIUGE A CARICO:

☐ per coniuge a carico non legalmente né effettivamente separato:
COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ () il _____ C.F. _____

☐ per coniuge non a carico è consigliabile indicare : COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ () il _____ C.F. _____

Nota: è obbligatorio indicare per tutti i familiari il codice fiscale

SEZIONE 3

EVENTUALE DETRAZIONE PER FIGLI A CARICO DI ETA' SUPERIORE A 21 ANNI

☐ indicare : COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ () il _____ C.F. _____

☐ indicare : COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ () il _____ C.F. _____

SEZIONE 4

DETRAZIONE PER ALTRI FAMILIARI A CARICO

☐ Per n. _____ altri familiari a carico (indicare in nota il rapporto di parentela) nella misura del 100% () 50% ()
COGNOME _____ NOME _____ nato a _____ ()
il _____ C.F. _____

Nota: è obbligatorio indicare per tutti i familiari il codice fiscale

SEZIONE 5

Indicare il livello di reddito previsionale nell'anno solare di riferimento _____
(dato obbligatorio, al netto del reddito della prima casa)

In caso che il reddito presunto indicato sopra sia inferiore o pari a 15.000,00 euro per rapporti temporanei:

CHIEDE di calcolare ed attribuire a conguaglio l'intero importo minimo di detrazione spettante pari a 1.380,00 euro

Preso atto che il reddito presunto dichiarato sopra è inferiore o pari a 15.000,00 euro (ai fini dell'attribuzione/non attribuzione del trattamento integrativo DL 3/2020):

Sulla base delle previsioni sul reddito che mi verrà erogato nel 2024 dichiaro che il mio reddito presunto non supererà i 15.000,00 euro su base annua e quindi chiedo l'applicazione del trattamento integrativo laddove ne ricorrano i presupposti reddituali

Preso atto che il reddito presunto dichiarato sopra supera i 15.000,00 euro (ai fini dell'attribuzione/non attribuzione del trattamento integrativo DL 3/2020):

Sulla base delle previsioni sul reddito che mi verrà erogato nel 2024 dichiaro che il mio reddito presunto supererà i 15.000 euro e quindi provvederò autonomamente in dichiarazione dei redditi alla determinazione del trattamento integrativo se spettante

Per ogni livello di reddito:

CHIEDE di inibire l'applicazione del trattamento integrativo anche qualora spettante

Dichiarazione ai fini del trattamento integrativo

Mi impegno a dichiarare tempestivamente ogni variazione che, modificando la mia situazione reddituale, potrebbe variare le condizioni di spettanza del T.I.

SEZIONE 6

Applicazione di aliquota più elevata anche in sede di conguaglio rispetto a quella che deriva dal ragguaglio a periodo di paga degli scaglioni annui, nei limiti degli scaglioni previsti, di reddito nella percentuale del _____ (Al fine di evitare che l'imposta dovuta in sede di conguaglio sia troppo elevata in presenza di altri redditi)

N.B. Tale richiesta sarà VINCOLANTE per l'intero anno fiscale.

Data _____

Il Collaboratore/prestatore _____

