

SCHEDA ANAGRAFICA DEI COLLABORATORI ESTERNI

(da compilarsi in stampatello, in ogni sua parte a cura dell’incaricato presso la struttura)

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI** (compilare sempre e in ogni sua parte) |
|  Cognome  |  | Nome |
|  |  |  |  |  |
|  Data di nascita |  | Comune (o stato estero) di nascita |  |  |  | Provincia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  Codice fiscale |  | e-mail (Obbligatorio) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Indirizzo |  | N° civico |  | Telefono |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  Comune (e Stato estero ) di residenza |  | C.A.P. |  | Provincia |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **DATI PROFESSIONALI** (barrare la casella) |
|  Partita IVA |  | Iscritto al seguente Albo Professionale: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **Cassa (denominazione):** |
| **Applica rivalsa** : cassa prof.le  2% |  | prof.le  4%  |  | INPS 4%  |  |  |  |  |
|  Professione | Ente o Azienda da cui dipende e codice fiscale dell’ente (se Ente pubblico allegare copia nulla osta) |
|  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Si avvale del regime agevolato ex. Art.13 legge 388 del 23/12/2000? | SI **□** NO □ |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| E’ iscritto alla gestione separata INPS di cui art.2 L.335/95 (per collab. coordinata e continuativa e occasionali sup. 5.000,00)? (se sì allegare copia iscrizione) |  SI **□** NO □ |  |

  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Esente IVA ai sensi dell’art. 10 del DPR 633/72 |  SI **□** NO □ |

 |
|  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Esente IVA ai sensi dell’art. 1, comma 100 della L. 244/2007 (contribuenti minimi) |  SI **□** NO □ |  |  |  |

 |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il collaboratore straniero dichiara di avvalersi della Convenzione per evitare la doppia imposizione? | SI **□** NO □ |  |

 La prestazione è esclusa dal campo IVA SI **□** NO □ |
|  Il sottoscritto dichiara di non avere altri contratti con l’Unical SI **□** NO □ |
| **MODALITA’ DI PAGAMENTO** (barrare la casella) |
|  |
|  |  | C/c bancario: |  |  |
|  |
|  COORDINATE BANCARIE IBAN (conto intestato o cointestato al titolare del codice fiscale o della P.IVA) |
|  | ID NAZ | CIN EUR | CIN | ABI | CAB | NUMERO CONTO |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Istituto bancario e n°Ag. |  | Indirizzo |  | città |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| IL COLLABORATORE HA RICEVUTO ALTRI PAGAMENTI NELL’ANNO DA QUESTO DIP.TO? | SI |  | NO |  |  |
|  in caso affermativo indicare la tipologia dell’incarico il relativo periodo l’ammontare del compenso |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **DATI RELATIVI ALL’INCARICO** (barrare la casella) |
|  |
|  Seminario |  | Collaborazione occasionale |  |  Prestazione professionale |  |  CO.CO.CO. |  |  |
|  |
|  Collaborazione occasionale per redditi occasionali superiori a 5.000,00 Euro  |  |  Rimborso spese tassate |  |  |
|  |
|  Rimborso spese non tassate (dipendenti dell’Ateneo, assimilati, cococo, spese art.15 DPR 633/72) |  |  |
|  Borsa di studio **□ Grado di rischio: didattica e/o utilizzo di videoterminali □ laboratorio □** |
|  per il periodo dal: |  |  |  |  |  |  |  |  |  al: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_