



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI PERUGIA

DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA
ai sensi degli
artt.46 e 47
D.P.R. 28/12/2000,
n. 445

N° _____ ANNO _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE

AI SENSI DELL'ART.5 COMMA 3 DEL REGOLAMENTO D'ATENEIO PER IL CONTROLLO DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETÀ

DATI ANAGRAFICI E MODALITA' DI PAGAMENTO

☐ Nuova Dichiarazione ☐ Rettifica Dichiarazione

Il/la sottoscritto/a _____

Titolare di _____, stipulato presso _____

_____, con decorrenza dal ____/____/____ al ____/____/____,

DICHIARA, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, quanto segue:

(barrare le caselle che interessano)

di prendere atto che la CU (Certificazione Unica) sarà messa a disposizione del sottoscritto mediante Area Riservata, le cui credenziali di accesso saranno comunicate all'indirizzo di posta elettronica privato (NON @unipg.it) sotto indicato.

A.1	Cognome															Per le donne indicare il cognome da nubile									
A.2	Nome																								
A.3	Sesso	M			F		barrare la relativa casella																		
A.4	Luogo di nascita	Comune (o Stato Estero) di nascita																Provincia (sigla)							
A.5	Data di nascita										giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa)														
A.6	Codice fiscale																obbligatorio								
A.7	Residenza	Comune												Provincia (sigla)						C.A.P.					
		Via e numero civico																							
A.8	Domicilio Fiscale <i>(indicare solo se diverso dalla residenza)</i>	Comune												Provincia (sigla)						C.A.P.					
		Via e numero civico																							
A.9	Recapiti	Telefono												Cellulare											
		Posta elettronica istituzionale											@unipg.it@studenti.unipg.it											
		Posta elettronica privata (obbligatoria)											@.....											
		Posta elettronica certificata (PEC)											@.....											
A.10	Stato civile	<input type="checkbox"/> Coniugato/a				CF coniuge o unito civile																			
		<input type="checkbox"/> Unito civile																							
		<input type="checkbox"/> Celibe/nubile				<input type="checkbox"/> Separato/a legalmente				<input type="checkbox"/> Divorziato/a				<input type="checkbox"/> Vedovo/a											
A.11	Modalità di pagamento	<input type="checkbox"/> Pagamento diretto presso le agenzie dell'Unicredit Banca (per importi inferiori a € 1.000,00)																							
		<input type="checkbox"/> Accredito su conto corrente bancario/ bancoposta/ carta prepagata																							
		Denominazione Intestato a																							
CODICE PAESE CHECK CIN CIN ABI CAB CODICE CONTO CORRENTE																									

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI EVENTUALE VARIAZIONE DEI DATI DICHIARATI.

FIRMA (PER ESTESO E IN FORMA LEGGIBILE)

SEZIONE 2 DATI FISCALI E PREVIDENZIALI

Il/la sottoscritto/a DICHIARA, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, quanto segue:
(barrare le caselle che interessano)

di essere titolare di Partita IVA per quanto stabilito dal D.P.R. 633/1972	<input type="checkbox"/> SI	Vedi Sez.2.1
	<input type="checkbox"/> NO	Vedi Sez. 2.2

Sezione 2.1

- ☐ di essere professionista che svolge attività prestazionale rientrante nell'oggetto proprio dell'arte o professione abituale e quindi tenuto a emettere fattura (rientrano in questa fattispecie tutte le attività, compresa l'attività di docenza per cui il professionista si avvale delle medesime cognizioni e competenze tecniche per cui è titolare di partita IVA, Sentenza della Corte di Cassazione n. 4982/2014)

La partita iva è	<input type="checkbox"/> individuale	<input type="checkbox"/> studio associato
------------------	--------------------------------------	---

Numero Partita IVA											
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> di essere professionista iscritto ad albo e alla Cassa con eventuale contributo integrativo del _____ %	A
---	---

<input type="checkbox"/> di essere professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa (iscritto alla Gestione separata INPS legge 335/1995) con contributo integrativo del 4 %	B
---	---

<input type="checkbox"/> di essere professionista rientrante nel regime agevolato forfettario (art.1, co. da 54 a 89, L. 190/2014) o nel regime agevolativo ad esaurimento (art. 1 comma 88 L. 190/2014, DL 98/2011 convertito con L. 111/2011) e pertanto senza l'applicazione dell'IVA nella fattura	C
--	---

<input type="checkbox"/> di essere professionista svolgente una prestazione diversa dalla sua professione abituale e quindi non tenuto ad emettere fattura sul compenso per la quale verrà rilasciata nota di addebito	D
--	---

Sezione 2.2

<input type="checkbox"/> <u>di essere collaboratore coordinato e continuativo senza vincolo di subordinazione</u>	E
--	----------

<input type="checkbox"/> <u>che la prestazione in oggetto costituisce prestazione di lavoro autonomo occasionale per la quale verrà rilasciata nota di addebito e con riferimento alla data odierna dichiara:</u>	F
<input type="checkbox"/> di NON AVERE SUPERATO , inclusi i compensi di cui al presente incarico, il limite annuo di reddito pari ad € 5.000,00 (*) derivante da collaborazione occasionale e di non essere, pertanto, soggetto all'obbligo di iscrizione e contribuzione alla gestione separata Inps, e di impegnarsi a comunicare tempestivamente il superamento di tale limite al fine di permettere l'applicazione della ritenuta	F.1
<input type="checkbox"/> di AVERE SUPERATO , esclusi i compensi di cui al presente incarico, il limite annuo di reddito pari ad € 5.000,00 (*) derivante da collaborazione occasionale, e di essere, pertanto, soggetto all'obbligo di iscrizione e contribuzione alla gestione separata Inps. In particolare dichiara che tutti i compensi da Voi erogati rientrano nell'imponibilità dell'Inps	F.2
<input type="checkbox"/> di SUPERARE , con i compensi di cui al presente incarico, il limite annuo di reddito pari ad € 5.000,00 (*) derivante da collaborazione occasionale, e di essere, pertanto, soggetto all'obbligo di iscrizione e contribuzione alla gestione separata Inps. In particolare dichiara di aver già percepito da altri committenti diversi dall'Università degli Studi di Perugia un importo pari ad € _____	F.3

(*) Il limite di € 5.000,00, in relazione a quanto stabilito dall'art. 44 Legge 24 Novembre 2003 n. 326, è da intendersi al lordo di ritenute e contributi a carico del collaboratore

IL/LA SOTTOSCRITTO/A MI IMPEGNO A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI EVENTUALE VARIAZIONE DEI DATI DICHIARATI.

FIRMA (PER ESTESO E IN FORMA LEGGIBILE)

SEZIONE 3**ALTRI DATI FISCALI E PREVIDENZIALI**

Il/la sottoscritto/a DICHIARA, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, quanto segue:
(barrare le caselle che interessano)

3.1	DI ESSERE ATTUALMENTE DIPENDENTE PUBBLICO di altra Amministrazione (per quanto stabilito dal D.Lgs 165/2001)	<input type="checkbox"/>	CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO			
		<input type="checkbox"/>	CON RAPPORTO DI LAVORO PART-TIME NON SUPERIORE AL 50%			
		<input type="checkbox"/>	A TEMPO DETERMINATO	dal/...../.....	al/...../.....	
		<input type="checkbox"/>	A TEMPO INDETERMINATO (indicare RUOLO stipendiale)	dal/...../.....		
		<input type="checkbox"/>	DI ESSERE IN CONGEDO/ASPETTATIVA SENZA RETRIBUZIONE	dal/...../.....	al/...../.....	
		<input type="checkbox"/>	DI ESSERE PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA	CON PROVVEDIMENTO N° DEL (ALLEGARE IL PROVVEDIMENTO)		
	Denominazione Ente C.F. Ente.....					
PEC (posta elettronica certificata)						

3.2	DI RICEVERE EMOLUMENTI A CARICO DELLE FINANZE PUBBLICHE A TITOLO DI:	<input type="checkbox"/>	TRATTAMENTO PENSIONISTICO		
		<input type="checkbox"/>	RETRIBUZIONE DA LAVORO DIPENDENTE		
		<input type="checkbox"/>	INCARICHI DI QUALUNQUE NATURA	dal/...../.....	al/...../.....
PER UN IMPORTO TOTALE	<input type="checkbox"/>	MAGGIORE DI EURO 240.000,00 (di cui all'art. 3 comma 1, DPCM del 23/03/2013 e successive modificazioni)			
	<input type="checkbox"/>	INFERIORE AD EURO 240.000,00 (di cui all'art. 3 comma 1, DPCM del 23/03/2013 e successive modificazioni)			

3.3	DI ESSERE ATTUALMENTE DIPENDENTE PRESSO IL SEGUENTE SOGGETTO PRIVATO	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------	-------

3.4	ALiquota IRPEF SI RICHIEDE <i>dato facoltativo (*)</i>	<input type="checkbox"/>	L'APPLICAZIONE DELL'ALiquota IRPEF MASSIMA PARI AL % (consultare la Guida per le aliquote IRPEF superiori alla minima in vigore)
-----	--	--------------------------	---

(*) Se il dichiarante percepisce più redditi durante l'anno, può richiedere l'applicazione di un'aliquota IRPEF più alta (indicandone anche la misura), per evitare che il conguaglio, in sede di dichiarazione dei redditi, sia particolarmente gravoso

3.5	DI ESSERE MESSO A CONOSCENZA DELL'OBBLIGO DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE AUTONOMA E SEPARATA INSP L. 335/1995 e L.326/2003, valido per tutti i rapporti di lavoro soggetti all'obbligatorietà di tale contribuzione
3.6	<input type="checkbox"/> DI ESSERE ISCRITTO/A ALLA SEGUENTE CASSA OBBLIGATORIA PER I VERSAMENTI DEI CONTRIBUTI PREVIDENZIALI (es. INPS dipendenti, ENPAM, INARCASSA, ENPAF ecc.)
3.7	Riservato ai <u>titolari di contratto di formazione medico specialistica</u> (art. 37 del D. Lgs. N.368/99 e successive modifiche) <input type="checkbox"/> Di essere iscritto all' Albo Professionale dei Medici Chirurghi della Provincia di dal/...../..... con il punteggio di <input type="checkbox"/> Di essere iscritto al Fondo di previdenza ENPAM
3.8	<input type="checkbox"/> DI ESSERE TITOLARE DI PENSIONE DIRETTA, INDIRETTA O REVERSIBILITA'
3.9	<input type="checkbox"/> DI AVER SUPERATO nell'anno in corso il limite previsto per i redditi soggetti alla trattenuta contributiva INPS-Gestione Separata, pari a Euro 100.324,00 , e pertanto AUTORIZZO codesta Amministrazione a non operare tale trattenuta
3.10	<input type="checkbox"/> DI ESSERE ISCRITTO/A ALLA CASSA PREVIDENZIALE OBBLIGATORIA ENPAPI a cui l'Amministrazione verserà i relativi contributi previdenziali obbligatori (in questo caso non bisogna iscriversi all'INPS Gestione Autonoma e Separata)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A MI IMPEGNO A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI EVENTUALE VARIAZIONE DEI DATI DICHIARATI.

FIRMA (PER ESTESO E IN FORMA LEGGIBILE)

SEZIONE 4 DETRAZIONI IRPEF

Il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, di aver diritto alle seguenti DETRAZIONI IRPEF annue e **CHIEDE**:
(barrare le caselle che interessano)

4.1	<input type="checkbox"/>	L'APPLICAZIONE DELLA DETRAZIONE PER LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATO (ART.13 D.P.R. 917/1986 TUIR) spettante in funzione del rapporto in corso N.B.: Se il collaboratore ha rapporti di lavoro con altri sostituti d'imposta è opportuno richiedere la detrazione solo a uno dei datori di lavoro
-----	--------------------------	--

4.2	<input type="checkbox"/>	DI CALCOLARE E ATTRIBUIRE L'INTERO IMPORTO MINIMO ANNUO DI DETRAZIONE SPETTANTE, in caso di durata del rapporto di lavoro inferiore all'anno
-----	--------------------------	---

4.3	L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO (art. 12 D.P.R. n. 917/1986 TUIR) <i>(i familiari di seguito indicati non possiedono nell'anno in corso un reddito complessivo superiore a € 2.840,51)</i> <i>(segue)</i>	<input type="checkbox"/>	CONIUGE/ UNITO CIVILMENTE A CARICO dal/...../..... (non legalmente ed effettivamente separato) COGNOME NOME Luogo di nascita data di nascita/...../..... <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">CODICE FISCALE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	CODICE FISCALE																			
		CODICE FISCALE																					
		<input type="checkbox"/>	PRIMO FIGLIO A CARICO dal/...../..... COGNOME NOME Luogo di nascita data di nascita/...../..... <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">CODICE FISCALE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> al 100% <input type="checkbox"/> al 50% <input type="checkbox"/> minore di 3 anni <input type="checkbox"/> disabile </div> <input type="checkbox"/> Indicare se manca l'altro genitore (a causa morte o mancato riconoscimento)	CODICE FISCALE																			
		CODICE FISCALE																					
		<input type="checkbox"/>	FIGLIO A CARICO dal/...../..... COGNOME NOME Luogo di nascita data di nascita/...../..... <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">CODICE FISCALE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> al 100% <input type="checkbox"/> al 50% <input type="checkbox"/> minore di 3 anni <input type="checkbox"/> disabile </div>	CODICE FISCALE																			
		CODICE FISCALE																					
<input type="checkbox"/>	FIGLIO A CARICO dal/...../..... COGNOME NOME Luogo di nascita data di nascita/...../..... <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">CODICE FISCALE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> al 100% <input type="checkbox"/> al 50% <input type="checkbox"/> minore di 3 anni <input type="checkbox"/> disabile </div>	CODICE FISCALE																					
CODICE FISCALE																							
<input type="checkbox"/>	FIGLIO A CARICO dal/...../..... COGNOME NOME Luogo di nascita data di nascita/...../..... <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">CODICE FISCALE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> al 100% <input type="checkbox"/> al 50% <input type="checkbox"/> minore di 3 anni <input type="checkbox"/> disabile </div>	CODICE FISCALE																					
CODICE FISCALE																							
<input type="checkbox"/>	per la PRESENZA DI ALMENO 4 FIGLI A CARICO																						

4.3	(continua)	<input type="checkbox"/>	FAMILIARE A CARICO dal/...../..... COGNOME _____ NOME _____ Luogo di nascita _____ data di nascita/...../..... <table border="1"> <tr> <td>CODICE FISCALE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> al 100% <input type="checkbox"/> al 50% <input type="checkbox"/> disabile	CODICE FISCALE																	
		CODICE FISCALE																			
<input type="checkbox"/>	FAMILIARE A CARICO dal/...../..... COGNOME _____ NOME _____ Luogo di nascita _____ data di nascita/...../..... <table border="1"> <tr> <td>CODICE FISCALE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> al 100% <input type="checkbox"/> al 50% <input type="checkbox"/> disabile	CODICE FISCALE																			
CODICE FISCALE																					

IL/LA SOTTOSCRITTO/A MI IMPEGNO A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI EVENTUALE VARIAZIONE DEI DATI DICHIARATI.

FIRMA (PER ESTESO E IN FORMA LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a, ai sensi della L. 196/03 (Tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere attività istituzionali che non possono essere adempiute mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere a conoscenza del disposto di cui all'art. 71 (controllo di veridicità da parte dell'amministrazione), all'art. 75 (decadenza dai benefici per dichiarazione non veritiera) e all'art. 76 (sanzioni penali per dichiarazione mendace) del D.P.R. 445/2000 (*Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa*).

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)
