



MOD. ruolo CC

DICHIARAZIONE resa ai sensi e per gli effetti del DPR 600/1973 e della legge 335/1995

PERSONALE ESTERNO RESIDENTE in Italia

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov. _____
il ____/____/____, cittadinanza _____ Codice fiscale _____
residente in _____ Prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____
con domicilio fiscale **all'01/01/2021** nel Comune di (se diverso dalla residenza) _____
Prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____
e-mail istituzionale: _____ email privata obbligatoria * _____
AI FINI DEL MOD. 730 PRECOMPILATO INDICARE IL C.F. DEL CONIUGE (anche non a carico)*
Cognome _____ Nome _____ nato a _____ Prov. _____
il ____/____/____ Codice fiscale _____

(*dato necessario ai fini degli adempimenti fiscali di competenza)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, in relazione al rapporto di collaborazione svolto presso
_____ con decorrenza dal _____ al _____

☐ di NON essere lavoratore dipendente di una pubblica Amministrazione e/o ente/ditta privata

☐ di essere lavoratore dipendente di ente/ditta privata

☐ di essere lavoratore dipendente di una pubblica Amministrazione:

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato dal _____ al _____

☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale non superiore al 50%

Nel caso di dipendenti di pubblica Amministrazione precisare ai fini dell'Anagrafe delle prestazioni, I dati identificativi dell'Ente di appartenenza.

Ente _____ indirizzo _____

Codice fiscale _____ partita IVA _____

PEC Ente * _____ (*obbligatorio ai fini delle comunicazioni per anagrafe prestazioni)

☐ di essere tenuto al rilascio di prescritta autorizzazione dall'Ente di appartenenza e pertanto di allegare il relativo nulla-osta. (1)

☐ di NON essere tenuto al rilascio del relativo nulla-osta in quanto _____

(1) Nel caso di dipendente di altra pubblica amministrazione, occorre acquisire l'autorizzazione dell'Ente di appartenenza nei casi previsti dall'art.53 del D.lgs. 165/2001 così come modificato dalla Legge n.125/2013, se in regime a tempo pieno o in part-time superiore al 50%.



A) DATI PREVIDENZIALI

A.1) ☐ di essere tenuto ad iscrizione previdenziale obbligatoria presso:

A.1.1) **Gestione Separata INPS** di cui all'art.2 comma 26 legge 335/1995 e che il relativo contributo sarà applicato nella misura del (barrare la voce che interessa):

☐ 24,00 % in quanto il sottoscritto è in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria in qualità di _____ presso _____;

☐ 24,00% in quanto titolare di pensione diretta;

☐ 34,23% (contributo comprensivo della quota DIS-COLL) in quanto non avente altra copertura previdenziale obbligatoria;

A.1.2) **INPGI** e che il relativo contributo sarà applicato nella misura del (barrare la voce che interessa):

☐ 17,00 % in quanto il sottoscritto è in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria in qualità di _____ presso _____;

☐ 17,00 % in quanto titolare di pensione diretta;

☐ 28,00 % in quanto non avente altra copertura previdenziale obbligatoria.

(OPPURE)

A.2) ☐ di essere escluso dall'obbligo del contributo INPS gestione separata e di aver superato nell'anno in corso il reddito da collaborazione di € 103.055,00 (massimale.retrib.pens. G.S.)

B) DATI FISCALI

☐ di rinunciare alla detrazione per redditi da lavoro dipendente ai sensi dell'art. 13 Tuir relativa ad anno corrente

☐ che venga applicata la detrazione ai sensi dell'art.13 Tuir relativa ad anni precedenti

☐ che vengano applicate le **detrazioni per i seguenti familiari a carico** (ai sensi dell'art.12 Tuir) *

- coniuge (cognome e nome) _____ fiscalmente a carico dal _____

C. F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

-figlio/a (cognome e nome) _____ nato/a _____

il ____/____/____ C. F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | nella misura del ____%

-figlio/a (cognome e nome) _____ nato/a _____

il ____/____/____ C. F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | nella misura del ____%

- figlio/a portatore di handicap (cognome e nome) _____ nato/a _____

il ____/____/____ C. F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | nella misura del ____%

☐ che le detrazioni di cui all'art. 12 ed all'art. 13 (per oneri di famiglia e da lavoro dipendete) vengano rapportate al seguente reddito complessivo annuo (certo o presunto) di € _____, **comprensivo** dell'importo del contratto di collaborazione cui si riferisce la sottoscritta dichiarazione.

☐ che venga applicata l'**aliquota massima** IRPEF nella misura del ____% in luogo di quella progressiva a scaglioni collegata all'entità dell'emolumento nel periodo di imposta.

☐ di rinunciare alle misure per la riduzione della pressione fiscale di cui alla **L.n.21 del 2/4/2020** (trattamento integrativo o ulteriore detrazione)

(*) La detrazione fiscale spetta se i familiari detengono un reddito personale non superiore a 2.840,51 euro. Per i figli di età inferiore ai 24 anni la soglia è di 4.000 euro di reddito annuo.



C) agli effetti dell'applicazione del trattamento assicurativo INAIL, di cui al D.lgs. 38/2000, di autorizzare il committente ad operare la ritenuta di sua competenza in occasione dell'erogazione degli emolumenti in base al tasso di premio applicabile a rischio derivante dall'attività oggetto dell'incarico nella misura che lo stesso committente giudica idonea per la specifica categoria;

D) che venga operata la seguente modalità di pagamento:

Bonifico bancario/postale presso: _____

Paese	Chek	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

☐ intestato al sottoscritto ☐ cointestato

N.B. NEL CASO DI CARTA PREPAGATA CON IBAN VERIFICARE IL PLAFOND (VALORE MASSIMO CARICABILE)

Il sottoscritto conferma quanto sopra indicato e si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione o altro dato che, nell'anno in corso, comporti modificazioni al regime contributivo, o che comunque sia rilevante ai fini previdenziali e/o fiscali.

Macerata, li _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (ART.13 REG.UE 2016/679)

Il / La sottoscritto/a prende atto che il trattamento dei propri dati personali e sensibili avverrà secondo le modalità stabilite dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Università degli studi di Macerata.

Macerata, li _____

Firma _____

N.B. Allegare copia di documento di identità in corso di validità