



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale**  
**Santobono – Pausilipon**  
Via Teresa Ravaschieri n.8 – 80122 Napoli  
CF/P.I - 06854100630

**DICHIARAZIONE DATI PERSONALI COLLABORATORI ESTERNI**

Io sottoscritto/a

Cognome	<input type="text"/>		
Nome	<input type="text"/>		
Nato/a a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Il	<input type="text"/>		
Cod. Fisc.	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	cell.	<input type="text"/>
email	<input type="text"/>	pec	<input type="text"/>
Residente in	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
		C.A.P.	<input type="text"/>
Via	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>
Codice IBAN	<input type="text"/>		

**DICHIARO:**

di essere titolare di partita IVA numero	<input type="text"/>
di essere iscritto all'albo o elenco professionale	<input type="text"/>
di essere iscritto alla Cassa o Ente previdenziale	<input type="text"/>
di richiedere applicazione rivalsa ( <i>cassa professionale 2%, 4%, INPS 4%</i> )	<input type="text"/>
di essere dipendente di un Ente pubblico o privato	<input type="text"/>

*(se Ente Pubblico, allegare autorizzazione allo svolgimento dell'incarico rilasciata dall'ente di appartenenza)*

Ente	<input type="text"/>		
Partita IVA	<input type="text"/>		
Via	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>
		Prov.	<input type="text"/>
Qualifica	<input type="text"/>	Cat.	<input type="text"/>

## DICHIARAZIONE DI TITOLARITÀ DI POSIZIONE CONTRIBUTIVA AI FINI PREVIDENZIALI

Incarico (specificare tipologia di incarico)

con decorrenza dal  al

Compenso lordo di Euro  per n. ore

(barrare se del caso) Il/la sottoscritto/a chiede, l'applicazione di un'aliquota di tassazione del  %, maggiore di quella applicata dall'Amministrazione, in base agli scaglioni annui di reddito, con conseguente conguaglio IRPEF a debito.

### DICHIARA inoltre:

#### 1 (Incarico professionale)

(barrare) di essere titolare di partita IVA;

#### 2 (Incarico occasionale)

(barrare) che la prestazione resa **ha carattere del tutto occasionale**, non svolgendo lavoro autonomo con carattere di abitualità;

(barrare) che la prestazione oggetto della ricevuta **non è rilevante ai fini IVA** ai sensi dell'art.5 del DPR 633/72;

(barrare se del caso) agli effetti dell'applicazione del contributo INPS gestione separata, di cui all'Art. 2 c. 26 L. 335/95 e Art.44 c. 2 L. 326 del 24/11/03 per il periodo d'imposta **ha percepito** redditi di lavoro autonomo occasionale per l'importo complessivo **superiore a 5.000 euro** e che la percentuale INPS di assoggettamento alla gestione separata è del ;

(barrare se del caso) agli effetti dell'applicazione del contributo INPS gestione separata, di cui all'Art. 2 c. 26 L. 335/95 e Art.44 c. 2 L. 326 del 24/11/03 per il periodo d'imposta  **non ha percepito** redditi di lavoro autonomo occasionale per l'importo complessivo **superiore a 5.000 euro** ;

(barrare) nel caso di omessa o intempestiva comunicazione relativa all'ammontare dei redditi di lavoro autonomo occasionale per l'importo complessivo **superiore a euro 5.000,00** e a fronte di quanto sopra comunicato si impegna a sostenere

i costi relativi al contributo INPS gestione separata in misura intera e a sollevare l'ente da oneri e responsabilità per l'omesso involontario versamento alla gestione separata INPS;

(barrare) di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di legge o contrattuali vigenti, e di non essere soggetta alle disposizioni della L. 23/10/92 n. 421 e dall'art. 53 comma 6 del D.lgs. 30/3/2001 n. 165 e successive modifiche.

**3 Titolare di pensione diretta**

(barrare se de caso) di essere titolare di pensione diretta;

Data

Firma

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ART. 13 REG. EUR. 679/2016 (GDPR) E ART. 13 D.LGS N. 196/2003**

I dati contenuti nel presente modulo sono raccolti da questa Azienda al fine esclusivo di adempiere a tutti gli obblighi amministrativi, contabili, tributari e previdenziali cui per legge è tenuta. L'informativa completa è disponibile sul sito web aziendale <http://www.santobonopausilipon.it/> sezione PRIVACY.

Data

Firma

In caso di accettazione l'incaricato è invitato a restituire alla Struttura conferente l'incarico, entro e non oltre il 7 giorni la modulistica debitamente compilata in ogni sua parte, datata e sottoscritta, possibilmente digitalmente, in segno di espressa accettazione dell'incarico e dei termini e condizioni dell'incarico stesso.

L'A.O.R.N. Santobono Pausilipon provvederà, solo nel caso in cui l'incarico sia soggetto ad autorizzazione della Pubblica Amministrazione, entro quindici giorni dall'erogazione del compenso, a comunicare all'Amministrazione di appartenenza, l'ammontare dello stesso a Lei erogato.