

MODELLO N. 2

MODULO DA UTILIZZARE ESCLUSIVAMENTE DAI SOGGETTI TITOLARI DI PARTITA I.V.A. ESERCENTI ATTIVITA' PROFESSIONALI DI LAVORO AUTONOMO – ART.53 COMMA 1 D.P.R. 917/1986 E ART. 5 COMMA 1 D.P.R. 633/72.

(Anno 2017)

PRESTAZIONE DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE - IN QUANTO L'INSEGNAMENTO E' OGGETTIVAMENTE INERENTE ALL'ATTIVITA' PROFESSIONALE ABITUALE DEL PRESTATORE
(Circolare 105/E 12/12/2001 – Agenzia delle Entrate)

**SPETT. LE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI**

67100 L'AQUILA

Il sottoscritto _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____, C.F. _____

Partita IVA _____ Tel. _____ / _____ Cell. _____ / _____

Titolo di Studio: _____ Professione: _____ **(1)**

Cittadinanza _____, con domicilio fiscale in **(2)** _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____,

Indirizzo e-mail _____,

(1) Indicare l'attività professionale esercitata abitualmente

(2) Indicare se diverso dalla residenza

in relazione al conferimento dell'incarico d'insegnamento di:

la quale rientra nell'attività professionale abituale di (indicare la professione) _____

da svolgersi in L'Aquila – Facoltà di _____ A.A.200__/201__,

data inizio _____ data fine _____ in qualità di Docente a contratto con un compenso di natura professionale lordo di Euro _____, _____ (_____)

da erogarsi in unica soluzione successivamente alla emissione di regolare fattura.

DICHIARA - sotto la propria personale responsabilità:

☐ di svolgere l'attività in forma individuale e pertanto emetterà fattura a proprio nome

oppure

☐ di svolgere l'attività nell'ambito dello Studio Associato denominato _____

e pertanto emetterà fattura a nome di quest'ultimo.

DICHIARA - sotto la propria personale responsabilità di essere:

A) Professionista con regime ordinario (art. 53, comma 1, DPR. 917/1986), in quanto l'attività richiesta rientra nell'oggetto tipico della propria professione abituale di _____, iscritto nell'Albo/Ordine _____ e pertanto di essere/non essere iscritto ai fini previdenziali nella Cassa di Previdenza _____, con l'obbligo di rilascio di fattura (art. 5, comma 1, DPR. 633/1972), per cui l'IRAP è dovuta dal sottoscritto ed in tal senso libera l'Ente committente da obblighi al proposito.

La rivalsa del 2% non viene riconosciuta ai professionisti che svolgono l'attività di medico e/o notaio.

Firma _____

B) Professionista senza albo e senza cassa di previdenza, (art. 53, comma 1, DPR. 917/1986), in quanto l'attività richiesta rientra fra le normali prestazioni oggetto della sua attività professionale abituale, non iscritto in alcun Albo Professionale e senza Cassa di Previdenza, ma con attività professionale svolta in forma abituale anche se non esclusiva, con obbligo di rilascio di fattura (art. 5, comma 1, DPR. 633/1972), per cui l'IRAP è dovuta dal sottoscritto ed in tal senso libera l'Ente committente da obblighi al proposito.

La rivalsa del 4 per cento INPS non viene riconosciuta per l'attività di Docenza a Contratto.

Firma _____

C) Professionista soggetto a regime fiscale agevolato contribuente minimo, con rivalsa del 2 o del 4% o Gestione Separata INPS, senza IVA, senza ritenuta d'acconto.

Firma _____

Il sottoscritto conferma che, ai fini fiscali previdenziali ed assicurativi, la propria posizione si identifica nella fattispecie di cui alla precedente lettera _____ e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Università degli Studi di L'Aquila da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

Dichiaro di essere stato/a informato/a, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, che i dati raccolti con il presente documento saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

I dati, il cui conferimento è obbligatorio al fine di adempiere alle formalità imposte dalla legge, saranno conservati in archivi elettronici e/o cartacei e saranno adottate tutte le misure di sicurezza idonee a salvaguardare i medesimi da rischi di dispersione e di accesso non autorizzato da parte di terzi.

Tali dati potranno essere comunicati ad eventuali terzi sempre per le finalità imposte dalla legge.

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a di poter esercitare i diritti di cui al suddetto Decreto Legislativo.

Lì _____

FIRMA _____

Chiede inoltre che il compenso venga liquidato a mezzo:

___ **BONIFICO BANCARIO:**

___ (IBAN): _____
COMPOSTO DA 27 CARATTERI ALFANUMERICI

Intestato/cointestato a _____

(**) Se l'attività viene svolta in forma individuale, indicare il proprio IBAN personale. Se l'attività viene svolta nell'ambito dello Studio Associato, indicare l'IBAN di quest'ultimo.

N.B. Eventuali variazioni delle dichiarazioni sottoscritte, dovranno essere comunicate prima dell'emissione della relativa fattura ovvero documento equipollente.

IL CONTRATTO, REDATTO IN DUPLICE COPIA, NON E' SOGGETTO AD IMPOSTA DI BOLLO - AGENZIA DELLE ENTRATE - RISOLUZIONE N.157 DEL 21/07/2003.