



DICHIARAZIONE – COLLABORAZIONI COORDINATE E CONTINUATIVE

STRUTTURA _____

OGGETTO: Comunicazione dati anagrafici, fiscali, previdenziali ed assicurativi.

Il sottoscritto

Cognome		Nome		
Nato a		Prov.	Data di nascita	
Residente a	Via/P.zza	n.	Cap	
Domiciliato a <small>(indicare se diverso dalla residenza)</small>	Via/P.zza	n.	Cap	
Codice fiscale				
Telefono casa/uff.		Cell.		
Email				

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di essere:

COLLABORATORE COORDINATO E CONTINUATIVO RESIDENTE

A) Collaboratore coordinato e continuativo senza vincolo di subordinazione (art. 50, comma 1, lettera c-bis, DPR. 917/1986), con prestazioni non rientranti nei compiti istituzionali contrattualmente definiti di lavoratore dipendente e non rientranti nell'oggetto della professione eventualmente abitualmente svolta.

FIRMA _____

**COLLABORATORE COORDINATO E CONTINUATIVO NON RESIDENTE
(senza convenzione)**

B) Soggetto non residente non avente base fissa di svolgimento dell'attività in Italia, che non presenta dichiarazione dei redditi in Italia per la fattispecie, per cui la propria attività è riconducibile ai rapporti di collaborazione coordinata e continuativa (art. 50, comma 1, lettera c-bis, DPR. 917/1986). I compensi vengono assoggettati alla ritenuta alla fonte a titolo d'imposta (art. 24, comma 1-ter, DPR. 600/1973) non risultando esistente convenzione internazionale contro le doppie imposizioni fra lo Stato di residenza e l'Italia e/o non risultando applicabile dalla convenzione esistente l'esonero dal pagamento delle imposte in Italia e/o non intendendo richiedere al sostituto l'applicazione del trattamento convenzionale.

FIRMA _____



**COLLABORATORE COORDINATO E CONTINUATIVO NON RESIDENTE
(con convenzione)**

C) Soggetto non residente, non avente base fissa di svolgimento dell'attività in Italia, che non presenta dichiarazione dei redditi in Italia per la fattispecie, per cui la propria attività è riconducibile ai rapporti di collaborazione coordinata e continuativa (art. 50, comma 1, lettera c-bis, DPR. 917/1986) I compensi risultano esenti dalla ritenuta alla fonte (art. 24, comma 1-ter, DPR. 600/1973) in relazione a quanto disposto con la convenzione internazionale bilaterale contro le doppie imposizioni fra l'Italia e _____ di cui alla Legge _____ art. ___ che prevede la tassazione del reddito scaturente dall'attività nel paese di residenza del percipiente per la fattispecie reddituale oggetto dell'incarico. Per beneficiare dell'esonero dal pagamento delle imposte in Italia, allega documentazione attestante la residenza ai fini fiscali in _____ convalidata da _____.

FIRMA _____

DICHIARA INOLTRE

1. **NON** essere lavoratore dipendente presso altra pubblica amministrazione

FIRMA _____

2. **ESSERE** lavoratore dipendente presso _____

- Pubblico
 Privato

FIRMA _____

DICHIARAZIONE AGLI EFFETTI PREVIDENZIALI - INPS

Agli effetti dell'applicazione del contributo previdenziale INPS Legge 335/1995, art. 2, il sottoscritto conferma quanto sopra esposto e dichiara:

di ESSERE ESCLUSO dall'obbligo del contributo INPS in quanto soggetto non residente in Italia, non tenuto alla presentazione in Italia della dichiarazione dei redditi in quanto si avvale della convenzione contro le doppie imposizioni.

FIRMA _____

di ESSERE già iscritto alla Gestione Separata INPS L.335/95. Inviare in tale caso autocertificazione via fax. (n.fax 031/23894-59) o via mail.

FIRMA _____

di NON essere iscritto e di provvedere all'iscrizione. Inviare successivamente autocertificazione via fax. (n.fax 031/23894-59) o via mail.

FIRMA _____

ATTENZIONE: Si ricorda che l'iscrizione, a carico del collaboratore, è obbligatoria.



L'iscrizione può avvenire chiamando il numero gratuito Inpsinforma 803.164 oppure tramite il sito www.inps.it

- di NON avere** altra cassa Previdenziale obbligatoria oltre a quella della gestione separata e/o di trattamento pensionistico indiretto, diretto o di reversibilità quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del **31,72%**

FIRMA _____

- di AVERE** altra cassa Previdenziale obbligatoria oltre a quella della gestione separata Inps (*se si, indicare quale es ENPAM –INPDAP- INPS Dipendenti, Cassa Avvocati ,ecc _____*) e/o di trattamento pensionistico indiretto, diretto o di reversibilità quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del **24,00%**.

FIRMA _____

- che non ha superato il massimale di reddito previsto dall'art. 2, comma 18, della Legge 335/95 che per l'anno 2016 è di €. 100.324,00 (derivante da redditi conseguiti dagli iscritti alla Gestione Separata) e pertanto autorizza codesta amministrazione ad operare la trattenuta contributiva.

FIRMA _____

- che ha superato il massimale di reddito previsto dall'art. 2, comma 18, della Legge 335/95 che per l'anno 2016 è di €. 100.324,00 (derivante da redditi conseguiti dagli iscritti alla Gestione Separata) e pertanto invita codesta amministrazione a non operare la trattenuta contributiva.

FIRMA _____

DICHIARAZIONE AGLI EFFETTI ASSICURATIVI - INAIL

Agli effetti dell'applicazione del trattamento assicurativo INAIL, di cui al D.Lgs. 38/2000, il sottoscritto conferma quanto sopra esposto e dichiara:

- di autorizzare il committente ad operare la ritenuta di sua competenza in occasione dell'erogazione degli emolumenti in base al tasso di premio applicabile al rischio derivante dall'attività oggetto dell'incarico nella misura che lo stesso committente giudica idonea per la specifica categoria.

FIRMA _____

- di non essere titolare di altri rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, in contemporanea con quello oggetto del presente, su incarico di altri committenti e/o su incarico di altra struttura autonoma dell'Ente.

FIRMA _____



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELL'INSUBRIA**

- di essere titolare di altro/i rapporto/i di collaborazione coordinata e continuativa con incarico di _____ (indicare l'Ente e/o la struttura autonoma del medesimo), con durata dal _____ al _____ e compenso complessivo pari ad €. _____, ____ = (in caso di spazio insufficiente compilare scheda con i medesimi dati da allegare al presente). S'impegna a comunicare tempestivamente il variare di tale situazione al fine di consentire l'esatta determinazione del premio INAIL di competenza di ogni singolo committente ed evitare all'Ente il versamento di importi in misura inferiore e/o superiore al dovuto.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR, General Data Protection Regulation- Regolamento UE 2016/679) per le finalità connesse all'erogazione del servizio richiesto. Il testo completo dell'informativa sul trattamento dei dati personali è disponibile al seguente link: <https://www.uninsubria.it/protezione-dati-personali>

FIRMA _____



DICHIARAZIONE AGLI EFFETTI FISCALI

ANNO D'IMPOSTA 2018

Sotto la propria responsabilità:

- RICHIESTE LA NON APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI DI LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI (art. 13 T.U.I.R.)** a decorrere dal _____ 2018

DICHIARO

di aver diritto alle seguenti detrazioni dall'imposta lorda (contrassegnare le caselle che interessano):

- REDDITO DI LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI (art. 13 T.U.I.R.)** a decorrere dal _____ 2016 da rapportare al periodo di lavoro nell'anno

- CONIUGE A CARICO (art. 12 T.U.I.R.)**, non legalmente ed effettivamente separato:
Nome e Cognome _____ Luogo e data di nascita _____
a decorrere dal _____ 2015
C.F. _____ **(dato obbligatorio)**

- FIGLI A CARICO (art. 12 T.U.I.R.):**
Primo Figlio: Nome e Cognome _____ Luogo e data di nascita _____
a decorrere dal _____ 2016 al 100% al 50% minore di 3 anni disabile
C.F. _____ **(dato obbligatorio)**

Figlio: Nome e Cognome _____ Luogo e data di nascita _____
a decorrere dal _____ 2016 al 100% al 50% minore di 3 anni disabile
C.F. _____ **(dato obbligatorio)**

Figlio: Nome e Cognome _____ Luogo e data di nascita _____
a decorrere dal _____ 2016 al 100% al 50% minore di 3 anni disabile
C.F. _____ **(dato obbligatorio)**

Figlio: Nome e Cognome _____ Luogo e data di nascita _____
a decorrere dal _____ 2016 al 100% al 50% minore di 3 anni disabile
C.F. _____ **(dato obbligatorio)**

Indicare se manca l'altro genitore

- ALTRI FAMILIARI A CARICO (art. 12 T.U.I.R.):**
Nome e Cognome _____ Luogo e data di nascita _____
a decorrere dal _____ 2016 al 100% al 50%
C.F. _____ **(dato obbligatorio)**

Firma _____



Il sottoscritto, nella considerazione di avere nel proprio nucleo un numero di almeno quattro figli per i quali richiede le detrazioni in quanto a carico chiede altresì la

- DETRAZIONE AGGIUNTIVA FAMIGLIE NUMEROSE A DECORRERE DAL**

_____ **2016**

FIRMA _____

DICHIARA inoltre

- altri redditi, diversi da quelli di lavoro, per l'attribuzione delle detrazioni € _____ esclusi del valore della rendita catastale della abitazione principale e delle pertinenze
- di avere avuto nell'anno un precedente rapporto di lavoro
- di non avere avuto nell'anno un precedente rapporto di lavoro.

FIRMA _____

CHIEDE

- di tenere conto anche dei redditi di lavoro dipendente e/o assimilati € _____, percepiti nel corso di precedenti rapporti intrattenuti nell'anno.
- l'applicazione dell'aliquota marginale Irpef nella misura del _____% in luogo di quella progressiva a scaglioni collegata all'entità dell'emolumento nel periodo d'imposta (aliquote 2016 23-27-38-41-43%)
- agli effetti dell'applicazione delle addizionali IRPEF, la trattenuta dell'acconto di addizionale comunale in unica soluzione

FIRMA _____

Consapevole degli obblighi di legge, mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alla situazione sopra dichiarata, sollevando fin d'ora l'Amministrazione da 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.

Data __/__/2016

FIRMA DEL DICHIARANTE _____



MODALITÀ DI PAGAMENTO

Che le somme dovute a titolo di retribuzione, competenze ed altre indennità a favore dello scrivente debbano essere accreditate nel seguente modo:

Accredito su c/c <input type="checkbox"/> bancario <input type="checkbox"/> postale intestato o cointestato											
ID NAZ	CIN E	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO						
2 lettere	2 caratteri numerici	1 lettera	5 caratteri numerici	5 caratteri numerici	12 caratteri alfanumerici senza spazi o caratteri speciali						
Codice SWIFT BIC				(dato obbligatorio per conto corrente estero)							
Banca /Ufficio Postale								N° agenzia			
Indirizzo				Città		C.A.P.					
Titolare del conto (cognome nome)											

**PER GLI STRANIERI
PAYMENT**

BANK NAME AND ADDRESS	
NAME ON ACCOUNT	
ACCOUNT NUMBER (preferably IBAN CODE for European and Swiss residents)	
SWIFT code or BIC code	
ABA code or ROUTING NUMBER (for USA residents)	
SORT CODE (for UK residents)	

Lì, _____

FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare entro 30 giorni al sostituto ogni variazione che dovesse comportare la perdita del diritto alle detrazioni richieste e la modifica di tutte le informazioni fornite utili al rapporto di sostituzione d'imposta sollevando da qualsiasi responsabilità il sostituto d'imposta. Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che la presente, ai sensi dell'art. 23 del DPR. 600/1973, perderà ogni validità al termine dell'esercizio 2016.

Lì, _____

FIRMA _____



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.

Il titolare per il trattamento dei dati è UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

Lì, _____ FIRMA _____

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO DI DICHIARAZIONE DELLE DETRAZIONI

Avvertenze per la compilazione del quadro relativo alle detrazioni per lavoro dipendente ed assimilato

La detrazione spetta per i redditi di lavoro dipendente di cui all'art.49 del Tuir (con esclusione di quelli indicati nel comma 2, lettera a) e per i redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente di cui all'art. 50, comma 1, lettere a), b), c), c-bis), d), h-bis) e l) del Tuir.

La detrazione deve essere rapportata al periodo di lavoro nell'anno.

Avvertenze per la compilazione del quadro relativo alle detrazioni per carichi di famiglia

CONIUGE A CARICO

La detrazione spetta per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato che non possiede redditi propri per un ammontare complessivo annuo superiore ad euro 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili.

FIGLI A CARICO

Si considerano a carico (indipendentemente dall'età e dalla convivenza con il genitore richiedente) i figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati affiliati, che non abbiano redditi propri superiori ad euro 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili.

Deve essere indicato per ogni figlio se:

1) **portatore di handicap** (ai sensi dell'art.3 della legge 5/2/1992 n.104);

2) **di età inferiore ai 3 anni** (specificare la data di nascita);

Si dovrà inoltre indicare la **misura percentuale** di cui può fruire (100% se ne usufruisce da solo; 50% se i genitori ne usufruiscono in parti uguali) secondo i seguenti criteri:

a) in caso di **coniuge a carico** dell'altro, la detrazione per figli **spetta al 100%** a quest'ultimo;

b) se il **coniuge non è a carico**, la detrazione è **ripartita al 50%** tra i genitori non legalmente ed effettivamente separati ovvero, previo accordo tra gli stessi, **spetta al 100% al genitore che possiede il reddito più elevato**;

c) in caso di **separazione legale** ed effettiva o di **annullamento**, scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio, **in mancanza di accordo, la detrazione spetta al 100% al genitore affidatario**.

La circolare n.15 del 16/3/2007 dell'Agenzia delle Entrate, precisa che, **l'accordo tra i genitori**, può prevedere esclusivamente la ripartizione della detrazione nella misura del 50% o del 100% al genitore con reddito più elevato;

d) nel caso di **affidamento congiunto o condiviso**, **in mancanza di accordo**, la detrazione è **ripartita al 50%** tra i genitori, o, **previo accordo**, attribuite al 100% al genitore con reddito più elevato. (precisazioni della circolare n.15 ag.entrte).



Se l'altro genitore manca (per decesso o stato di abbandono del coniuge certificato dall'autorità giudiziaria) **o non ha riconosciuto i figli naturali** e il contribuente non è coniugato o se coniugato, si è successivamente legalmente ed effettivamente separato, **ovvero se vi sono figli adottivi, affidati o affiliati del solo contribuente** e questi non è coniugato o, se coniugato, si è successivamente legalmente ed effettivamente separato, **per il primo figlio si applica, se più conveniente, la detrazione prevista per il coniuge.**

ALTRI FAMILIARI A CARICO

Si considerano altri familiari a carico i soggetti , con redditi propri non superiori ad euro 2.840,51 annui, al lordo degli oneri deducibili, indicati nell'articolo 433 del Codice civile, che convivano con il contribuente o percepiscono dallo stesso assegni alimentari non risultanti da provvedimenti dell'autorità giudiziaria. L'ammontare della detrazione va ripartita "pro-quota", tra coloro che ne hanno diritto.

RESIDENZA

Ai fini dell'applicazione dell'esatta aliquota di addizionale regionale e comunale dovuta e del rilascio del modello CUD con valori compatibili con l'esatto domicilio fiscale del contribuente, si raccomanda la segnalazione tempestiva del cambio di residenza.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR, General Data Protection Regulation- Regolamento UE 2016/679) per le finalità connesse all'erogazione del servizio richiesto. Il testo completo dell'informativa sul trattamento dei dati personali è disponibile al seguente link: <https://www.uninsubria.it/protezione-dati-personali>