

	<p style="text-align: center;">M FP 017</p> <p style="text-align: center;"><b>COMPENSO DOCENZA PER PRESTAZIONE OCCASIONALE</b></p>	<p>Data emissione: 11/08/2016 Rev. 10 Approvato ed emesso in originale</p>
----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Da compilare da parte di soggetto non titolare di partita IVA

All'ASL AL  
Via Venezia n. 6  
15121 Alessandria

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
dipendente di (Ragione Sociale) \_\_\_\_\_ con sede a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE/P.I. \_\_\_\_\_

con riferimento al reddito percepito nell'anno \_\_\_\_\_ e consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso e esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, nonché della immediata decadenza dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

**Dichiara**

- di aver percepito nell'anno in corso, compreso l'importo della presente dichiarazione, compensi per prestazioni occasionali per un ammontare complessivo (barrare la casella interessata):
- o INFERIORE O UGUALE ad Euro 5.000,00
  - o SUPERIORE ad Euro 5.000,00. In particolare (barrare la casella interessata):
    - o il compenso della presente dichiarazione supera interamente la quota di 5.000,00 Euro nell'anno in corso
    - o il compenso della presente dichiarazione supera la quota di 5.000,00 Euro nell'anno in corso di un importo pari a Euro: .....

Nei casi previsti al punto 2) la quota del compenso relativo alla presente dichiarazione che supera i 5.000,00 Euro è da assoggettare a contribuzione INPS nella misura di 1/3 a carico del sottoscritto e 2/3 a carico ASL; a tal fine il sottoscritto dichiara di essere iscritto alla gestione separata INPS con le aliquote in corso di validità.

- di essere pensionato.

Il/la sottoscritto/a dichiara che si tratta di prestazione occasionale (art. 67, lett. L del D.P.R. 917/86 – redditi diversi), esclusa da IVA, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 633/72 (carenza del presupposto soggettivo) infine, ai sensi del D.Lgs 196/2003, recante: "Codice in materia di protezione dei dati personali", si autorizza l'uso dei dati personali sopraesposti ai soli fini amministrativi istituzionali dell'azienda presso la quale la presente dichiarazione è depositata.

Si allega copia documento di identità.

(data) \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

In riferimento alla docenza del \_\_\_\_\_  
nell'ambito del corso \_\_\_\_\_

	M FP 017 <b>COMPENSO DOCENZA PER  PRESTAZIONE OCCASIONALE</b>	Data emissione: 11/08/2016 Rev. 10 Approvato ed emesso in originale
----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

si chiede il pagamento delle seguenti spettanze:

- o compenso per la docenza € \_\_\_\_\_
  - o spese di viaggio € \_\_\_\_\_
  - o spese di pernottamento € \_\_\_\_\_
  - o spese pasti € \_\_\_\_\_
  - o altro € \_\_\_\_\_
- TOTALE** € \_\_\_\_\_

Ritenuta d'acconto 20% su totale € \_\_\_\_\_

Bollo (\*) € 2,00

**TOTALE DA PAGARE**

(totale - ritenuta d'acconto + bollo) € \_\_\_\_\_

(\*) Applicare la marca da bollo (attualmente € 2,00) se l'importo del compenso lordo della nota è superiore a € 77,47

**Dati per l'accredito del compenso e/o rimborso spese:**

Banca \_\_\_\_\_

Filiale/ Agenzia \_\_\_\_\_

CODICE IBAN

Codice Paese	Codice Controllo	CIN	ABI	CAB	NUMERO di Conto Corrente
lettere	2 numeri	letter a	5 numeri	5 numeri	12 numeri

**Attenzione: la mancata o parziale compilazione del presente modulo, non darà luogo alla liquidazione delle spettanze.**