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

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 COMPENSO DOCENZA PER PRESTAZIONE OCCASIONALE	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	lettera	5 numeri	5 numeri	12 numeri

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