

COMPILARE E FIRMARE

Il sottoscritto ILARIA BAARDINI nato il 25-06-1970
a VOGHERA (PV) collaboratore autonomo

DICHIARA

- 1) che la prestazione è resa nell'ambito di un rapporto di collaborazione autonoma.
Al fine dell'applicazione del contributo INPS di cui alla legge 335/95 art. 2 dichiara inoltre:
- di essere privo di altra copertura previdenziale obbligatoria
 - di essere in possesso di altra copertura previdenziale (se dipendente di altra Amministrazione pubblica specificare l'indirizzo dell'amministrazione pubblica di appartenenza) ENPAP
 - di essere titolare di pensione previdenziale diretta
 - di essere titolare di pensione di reversibilità
 - di essere in possesso del requisito del 65mo anno di età e di avvalersi/non avvalersi degli effetti della l.335/1995 e del D.M. 2 maggio 1996, n.282 e successive modificazioni ed integrazioni per i quali l'interessato non e' soggetto all'iscrizione alla gestione separata INPS avendo presentato richiesta cancellazione all'ente previdenziale INPS entro il 31.5.2001.

Soggetti non residenti:

- di essere
- di non essere

obbligato alla presentazione in Italia della dichiarazione dei redditi

Casi particolari (attività professionale resa da soggetti non titolari di partita iva - no inps):

- di essere iscritto a _____ con obbligo di versamento alle Casse di appartenenza (es. ENPAB, INPGI, ENPAP) del contributo previdenziale inerente tutti i redditi conseguiti nell'anno
- di essere iscritto a _____ (ENPAM)

DATA 4-7-2022

FIRMA Ilaria Baardini

- 2) che la prestazione, da assoggettarsi all'imposta sul valore aggiunto, è resa nell'esercizio dell'arte e professione

che la prestazione è da assoggettarsi:

- al contributo integrativo del 2% (D. Legislativo 509/94, D. Legislativo 103/96)
- al contributo a titolo di rivalsa del 4% (art. 1 L. 662/96)

DATA 4-7-2022

FIRMA Ilaria Baardini

- 3) che la prestazione resa nell'ambito del punto 1 o 2 non rientra nei propri compiti istituzionali di lavoratore dipendente.

DATA 4-7-2022

FIRMA Ilaria Baardini

Dichiarazioni Legge anticorruzione (art. 1 co. 9 L. 190/2012)

All' Università degli Studi di Genova
Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche

Il sottoscritto
nato il
residente in via/piazza n.
telefono
con codice fiscale n.
con partita IVA n.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, che in relazione al sottoscritto:

non sussistono relazioni di parentela, coniugio o affinità con il Rettore, il Direttore Generale, i membri del Consiglio di Amministrazione e del Senato Accademico, i Presidi di Scuola, i Direttori di Dipartimento e i Dirigenti delle Aree della Direzione Generale dell'Università degli Studi di Genova¹;

ovvero che, in relazione alle seguenti persone:

Cognome e nome.....
In qualità di.....
sussiste il rapporto di
 parentela con
 affinità con
 coniugio con

Cognome e nome.....
In qualità di.....
sussiste il rapporto di
 parentela con
 affinità con
 coniugio con

DATA

4-7-2022

FIRMA

Ilone Baiardi

N.B. Si rammenta che in alternativa all'autenticazione della sottoscrizione, alla dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore

¹ L'elenco completo dei soggetti che ricoprono le predette cariche è reperibile ai seguenti indirizzi: <http://www.unige.it/organi/> ; <http://www.unige.it/strutture/scuole.shtml> ; http://www.unige.it/strutture/dipartimenti_nuovi3.shtml ; <http://www.unige.it/amministrazione/>



SCHEDA ANAGRAFICA DEI COLLABORATORI ESTERNI
per attività a titolo oneroso
(da compilarsi in stampatello, in ogni sua parte, firmare ed inviare a stipecod@unige.it)

STRUTTURA: _____

Area/Servizio/Settore/Scuola/Dipartimento/Biblioteca/CentrodiServizio/Istituto di Studi superiori/altri centri autonomi di gestione

Riquadro da compilare a cura dell'ufficio

Si richiede la codifica del prestatore come da dati sotto riportati (barrare il caso)

Prima comunicazione Variazione dati per la matricola _____

Il Responsabile Amministrativo _____

DATI ANAGRAFICI (compilare in stampatello in ogni sua parte) / PERSONAL DATA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI - (Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Cognome / Family name: BALARDINI Nome / First name: ILARIA

Data di nascita/Date of birth: 25/06/1975 Comune (o stato estero) di nascita/Place of birth: VOGHERA Provincia: PV M/F (sesso): F

Codice fiscale / Italian fiscal code: BRLCRJ70H6SN1094

Codice identificativo estero / foreign identifying code: _____ Cittadinanza /Citizenship: ITALIANA

Telefono / Phone number: 338-2397094 E-Mail: ilaria.balardini@libero.it

Domicilio fiscale: indirizzo e numero civico / Fiscal residence: address and street number: VIA C. MASSA 20

Comune (e eventuale Stato estero) / Town (Country): ALLUVIONI PIOVERA C.A.P. / Post code: 15047 Provincia: AL

Residenza (se diversa dal domicilio) ovvero collaboratore straniero residente all'estero e domiciliato in Italia per più di 185 gg
Residence (in case of different with fiscal residence) or foreign employee domiciled in Italy for more than 185 days.

Indirizzo e numero civico / address and street number: _____

Comune (e eventuale Stato estero) / Town (Country): _____ C.A.P. / Post code: _____ Provincia: _____

Stato civile / Civil status - Dato opzionale ai fini della certificazione fiscale precompilata

- 1 Scelgo di non fornire il dato 2 Celibe/nubile/unmarried 3 Coniugato/coniugata/married
4 Separato/separata/separated 5 Divorziato/divorziata/divorced 6 Vedova/vedova/widow/widower

Se è stato barrato il punto 3 specificare quanto segue relativamente al coniuge

Cognome / Family name: _____ Nome / First name: _____

Data di nascita/Date of birth: _____ Comune (o stato estero) di nascita/Place of birth: _____ Provincia: _____ M/F (sesso): _____

Codice fiscale / Italian fiscal code: _____ Cittadinanza /Citizenship: _____

DATI PROFESSIONALI (barrare la casella) / PROFESSIONAL DATA titolari di partita iva

RAGIONE SOCIALE

Partita IVA / VAT number
01761770062

Iscritto al seguente Albo Professionale:
PSICOLOGI

Applica rivalsa : cassa prof.^{le} 2% prof.^{le} 4% INPS 4%

Denominazione Cassa:
ENPAP

Si avvale di regime ordinario (si Iva, si Irpef) SI NO

Si avvale di un regime fiscale agevolato (no Iva, no Irpef) SI NO

Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 del DPR 633/72- prestazioni sanitarie SI NO

DATI PERSONE FISICHE senza partita iva / NOT PROFESSIONAL DATA

➤ Lavoro dipendente SI NO
Ente o Azienda da cui dipende (se Ente pubblico allegare copia nulla osta nei casi previsti)

➤ Pensionato/a SI NO

MODALITA' DI PAGAMENTO (barrare la casella) / PAYMENT

Pagamento allo sportello solo per importi inferiori a € 1.000,00 rif. D.L. 138/11 - Il pagamento verrà appoggiato sull'istituto cassiere /Cash payments at the Bank Popolare di Sondrio - only for payments of less than 1.000,00 Euro

COORDINATE BANCARIE/BANK ACCOUNT - IBAN (conto intestato o cointestato al titolare del codice fiscale o della P.IVA)

ID NAZ	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO
17	02	B07	601	104000010	47278468

Istituto bancario e n° Ag. / Bank
BANCOPOSTA

Indirizzo - città - Stato / Bank address

SWIFT / BIC
BPPITRRXXX

In caso di bonifico internazionale potrà essere effettuata una trattenuta in base alle convenzioni internazionali / In the case of international bank transfer can be made a deduction in accordance with international conventions.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del dicembre 2000, si autorizza il caricamento in banca dati/ The undersigned declares, under his or her own responsibility, that everything stated in the present declaration and in the relevant attachments is true, and that they are aware of the legal sanctions for fraudulent statements in art. 76 of the Presidential Decree No. 445/2000. I hereby authorize the loading database.

Il sottoscritto si impegna altresì a presentare tempestivamente una nuova richiesta in caso di modifiche nei dati sopra indicati, sollevando fin d'ora codesto servizio da ogni responsabilità /In the event of changes, the undersigned agrees to promptly submit a new request as of now raising this service from any responsibility.

Data/Date 4-1-2022 Firma J. P. Boiardi