

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

fornisce le seguenti dichiarazioni (barrare le voci che interessano e compilare le righe con i dati richiesti)

**DATI PROFESSIONALI / PROFESSIONAL DATA titolari di partita iva**

<b>RAGIONE SOCIALE</b>	
<input type="text"/>	
Partita IVA /VAT number	Iscritto al seguente Albo Professionale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Applica rivalsa : cassa prof.<sup>le</sup> 2%</b> <input type="checkbox"/>	<b>prof.<sup>le</sup> 4%</b> <input type="checkbox"/> <b>INPS 4%</b> <input type="checkbox"/>
Denominazione Cassa:	
<input type="text"/>	
<b>Si avvale di regime ordinario (si Iva, si Irpef)</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<b>Si avvale di un regime fiscale agevolato (no Iva, no Irpef)</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<b>Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 del DPR 633/72- prestazioni sanitarie</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>

**IN ALTERNATIVA**

**DATI PERSONE FISICHE senza partita iva / NOT PROFESSIONAL DATA**

<b>Lavoro dipendente</b>	
<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	
Ente o Azienda da cui dipende (se Ente pubblico allegare copia nulla osta nei casi previsti)	
<input type="text"/>	
<b>Indicare codice tipo di copertura previdenziale tra quelli riportati nella tabella allegata</b>	<input type="text"/>
<b>Pensionato/a</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>	
<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	
Se pensionato, specificare la tipologia (vedi Allegato A)	
<input type="text"/>	
<b>Di essere soggetto alla gestione separata INPS (titolare di borsa o assegno di ricerca)</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<b>In attesa di iscrizione alla gestione separata INPS</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>

Data/Date \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

SOGGETTI PENSIONATI O IN POSSESSO DI ALTRA  
COPERTURA PREVIDENZIALE OBBLIGATORIA

0	Pensionati	001	Pensionati di tutti gli Enti pensionistici obbligatori (titolari di pensione non diretta)
		002	Titolari di pensione diretta
1	Assicurati di altre forme assicurative obbligatorie	101	Fondo pensioni lavoratori dipendenti
		102	Artigiani
		103	Commercianti
		104	Coltivatori diretti, mezzadri e coloni
		105	Versamenti volontari
		106	Versamenti figurativi (CIG, ecc.)
		107	Fondi speciali
2	I.N.P.D.A.P.	201	Dipendenti da Enti Locali e Dipendenti delle Amministrazioni dello Stato
3	Casse previdenziali professionisti autonomi	301	Dottori commercialisti
		302	Ragionieri
		303	Ingegneri e architetti
		304	Geometri
		305	Avvocati
		306	Consulenti del lavoro
		307	Notai
		308	Medici
		309	Farmacisti
		310	Veterinari
		311	Chimici
		312	Agronomi
		313	Geologi
		314	Attuari
		315	Infermieri professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'infanzia
		316	Psicologi
		317	Biologi
		318	Periti industriali
		319	Agrotecnici, Periti agrari
		320	Giornalisti
		321	Spedizionieri (fino al 31-12-1998)
4	I.N.P.D.A.I.	401	Dirigenti d'Azienda
5	ENPALS	501	Lavoratori dello spettacolo
6	I.P.O.S.T.	601	Lavoratori Poste Italiane S.p.A.



**SCHEDA ANAGRAFICA DEI COLLABORATORI ESTERNI**  
per attività a titolo oneroso  
(da compilarsi in stampatello, in ogni sua parte, firmare ed inviare a [stipcod@unige.it](mailto:stipcod@unige.it))

**STRUTTURA:** \_\_\_\_\_

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

<b>Riquadro da compilare a cura dell'ufficio</b>	
Si richiede la codifica del prestatore come da dati sotto riportati (barrare il caso)	
<input type="checkbox"/> Prima comunicazione	<input type="checkbox"/> Variazione dati per la matricola
_____	
<b>Il Responsabile Amministrativo</b> _____	

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

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	
_____		_____	
Codice identificativo estero / foreign identifying code		Cittadinanza /Citizenship	
_____		_____	
Telefono / Phone number		E-Mail	
_____		_____	
<b>Domicilio fiscale: indirizzo e numero civico / Fiscal residence: address and street number</b>			
_____			
Comune (e eventuale Stato estero) / Town (Country)		C.A.P. / Post code	Provincia
_____		_____	_____
<b>Residenza (se diversa dal domicilio) ovvero collaboratore straniero residente all'estero e domiciliato in Italia per più di 185 gg</b> <b>Residence (in case of different with fiscal residence) or foreign employee domiciled in Italy for more than 185 days.</b>			
Indirizzo e numero civico / address and street number			
_____			
Comune (e eventuale Stato estero) / Town (Country)		C.A.P. / Post code	Provincia
_____		_____	_____
<b>Stato civile / Civil status</b>			
1 <input type="checkbox"/> Celibe/nubile/unmarried	2 <input type="checkbox"/> Coniugato/coniugata/married	3 <input type="checkbox"/> Separato/separata/separated	
4 <input type="checkbox"/> Divorziato/divorziata/divorced	5 <input type="checkbox"/> Vedovo/vedova/widow/widower		
<b>Se è stato barrato il punto 2 specificare quanto segue relativamente al coniuge</b>			
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

Iscritto al seguente Albo Professionale:

Applica rivalsa : cassa prof.<sup>le</sup> 2%  prof.<sup>le</sup> 4%  INPS 4%

Denominazione Cassa:

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
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>

Istituto bancario e n° Ag. / Bank  Indirizzo - città - Stato /Bank address  SWIFT /BIC

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 \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_