DICHIARAZIONE DEL PERSONALE ESTRANEO ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

DICHIARAZIONE A CURA DEL COLLABORATORE

Cognome_____ Nome_____
nato a _____ il _____
residente in_____Prov. _____ Cap_____
Via _____
Tel. _____/_____ Cell. _____
C.F.

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità (barrare la casella interessata

- ❑ di essere dipendente da altra Amministrazione Statale: _____
- ❑ di non essere dipendente da altra Amministrazione Statale;
- ❑ di essere in possesso di partita IVA n._____, in qualità di lavoratore autonomo/libero professionista e di rilasciare regolare fattura e pertanto:
- ❑ di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo;
- ❑ di essere iscritto alla gestione separata dell'INPS (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4%;
- ❑ di non essere in possesso di partita IVA e che l'attività svolta è una prestazione occasionale, soggetta a ritenuta d'acconto 20%.
- ❑ di avere svolto la prestazione in nome e conto della struttura sottoindicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso:

Ragione Sociale: _____
Sede legale: _____
C.F. _____
Partita IVA

Modalità di pagamento: _____

Banca _____
CC nr. _____ Cab_____ ABI_____

I B A N |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il sottoscritto si impegna a non variare, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario, quanto dichiarato in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi.

Data

Firma