

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445/00 di ESSERE nei confronti della prestazione richiesta (barrare la casella di interesse):

A) Collaboratore coordinato e continuativo senza vincolo di subordinazione (art. 50, 1 °comma, lettera c-bis, DPR 917/86) con prestazioni non rientranti nei compiti istituzionali contrattualmente definiti di lavoratore dipendente e non rientranti nell'oggetto della professione eventualmente abitualmente svolta.

• Firma _____ **COMPILARE SEZIONI INPS E INAIL**

B) Lavoratore autonomo che non esercita abitualmente attività professionali e pertanto di svolgere l'attività suddetta in forma del tutto occasionale (art. 67, 1° comma, lettera l, DPR 917/86) (senza requisito di abitualità, continuità, professionalità) e di non essere obbligato all'emissione della fattura sul compenso essendo una prestazione al di fuori del campo di applicazione IVA ex art 5, comma 2, DPR 633/72.

• Firma _____ **COMPILARE DICHIARAZIONE AI FINI INPS**

Ai fini dell'applicazione del Modello OCSE

DICHIARA altresì

di avvalersi/ non avvalersi (*cancellare l'ipotesi che **non** interessa*) della Convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale tra Italia e (stato estero di residenza) _____

La Sezione deve essere compilata dall'interessato che intenda richiedere l'applicazione della Convenzione (tutti i campi della presente sezione devono essere obbligatoriamente compilati)

di essere soggetto non residente, non avente base fissa di svolgimento dell'attività in Italia, e che non presenta dichiarazione dei redditi in Italia.

Gli importi dovuti risultano esenti totalmente / parzialmente (*cancellare l'ipotesi che non interessa*) ai sensi di quanto disposto dalla Convenzione Internazionale Bilaterale contro le Doppie Imposizioni fra l'Italia e _____ di cui alla Legge _____ art. _____ (recepita dalla normativa interna in G.U. n° _____ del _____) che prevede la tassazione del reddito scaturente dall'attività nel paese di residenza del percipiente per la fattispecie reddituale oggetto dell'incarico.

Per beneficiare dell'esonero dal pagamento delle imposte in Italia, **allega l'attestazione di residenza ai fini fiscali in** (*indicare il paese estero*) _____ **rilasciata dalla competente Autorità Fiscale Estera, mediante la compilazione obbligatoria del Modello D predisposto dall'Agenzia delle Entrate con Provvedimento del 10 luglio 2013**, da cui risulta che il/la sottoscritto/a paga le tasse nel Paese di residenza.

Nel caso in cui tale documentazione non venga presentata, si provvederà all'applicazione della ritenuta

• Firma _____

DICHIARA (AI FINI INPS)
(solo per chi firma la lettera B e non si avvale del regime convenzionale)

che ha fino ad ora percepito(1) nel corso del periodo d'imposta 2015 (criterio di cassa) **compensi/redditi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente** di cui all'art. 67, primo comma, lettera l, DPR. 917/1986 d'importo:

- non superiore a Euro 5.000,00=** nello specifico pari a Euro _____(1)(2) e pertanto invita codesta amministrazione a non operare la trattenuta contributiva (art. 44 Legge 326/2003) fino alla concorrenza della somma di Euro 5.000,00. **Si impegna** a comunicare l'eventuale **superamento del limite** al fine di permettere l'applicazione della ritenuta e consentire all'Ente il versamento degli importi dovuti.
- superiori a Euro 5.000,00=(1).**

BARRARE UNA DELLE DUE OPZIONI PRIMA DI FIRMARE

• Firma _____

COMPILARE SEZIONE INPS

- (1) **ATTENZIONE** indicare i compensi percepiti da soggetti diversi dall'Università degli Studi di Cagliari (compresi i dipartimenti).
- (2) Si raccomanda l'indicazione degli eventuali compensi già percepiti. In mancanza indicare **ZERO**.

SEZIONE INPS

Agli effetti dell'applicazione del contributo previdenziale INPS Legge 335/1995, art. 2, commi da 25 a 32, il sottoscritto conferma quanto sopra esposto e DICHIARA:

1) che ha **provveduto / provvederà** (cancellare l'ipotesi che non interessa) all'iscrizione alla gestione separata presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96.

• Firma _____

2) di essere **titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria** e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità o **titolare di pensione diretta** c/o l'Ente _____, quindi soggetto alla gestione contributiva **nella misura del 23,5%**. **In caso di variazioni** della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

• Firma _____

3) **non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria riconosciuta in Italia**; quindi soggetto alla gestione contributiva **nella misura del 30,72 %**. **In caso di variazioni** della propria posizione s'impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva.

• Firma _____

4) Che:

non ha superato il limite contributivo annuo di **€ 100.324,00=(*)** ed autorizza codesta amministrazione ad operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare l'eventuale superamento del limite al fine di permettere l'interruzione della ritenuta ed evitare all'Ente il versamento di importi non dovuti. In difetto si dichiara disponibile alla restituzione all'Ente medesimo delle somme indebitamente accreditate nella sua gestione separata INPS per effetto della sua stessa omissione in attesa del rimborso da parte del medesimo INPS

ha superato e/o prevede il superamento del limite contributivo annuo di **€ 100. 324,00=(*)** ed invita codesta amministrazione a non operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare l'eventuale mancato superamento del limite al fine di permettere l'applicazione della ritenuta ed evitare all'Ente inadempimenti. In difetto si dichiara disponibile alla restituzione all'Ente medesimo delle somme eventualmente richieste dall'INPS per effetto della omissione indotta

BARRARE UNA DELLE DUE OPZIONI PRIMA DI FIRMARE

(*) valevole per l'anno 2015 - Circolare INPS 05/02/2015 n. 27.

• Firma _____

SEZIONE INAIL

Agli effetti dell'applicazione del trattamento assicurativo INAIL, di cui al D.Lgs. 38/2000, il sottoscritto conferma quanto sopra esposto e DICHIARA:
(solo per le cd. Co.co.co., precedente punto A)

di autorizzare il committente ad operare la ritenuta di sua competenza in occasione dell'erogazione degli emolumenti in base al tasso di premio applicabile al rischio derivante dall'attività oggetto dell'incarico nella misura che lo stesso committente giudica idonea per la specifica categoria. S'impegna inoltre a corrispondere, dietro semplice richiesta, eventuali quote di premio assicurativo a suo carico qualora il loro versamento avvenga anche successivamente al disciolto rapporto di lavoro oggetto del contratto (in vigore dal 1° Luglio 2014 minimale annuo € 16.163,70=, massimale annuo € 30.018,30= circolare INAIL del 1/09/2014 n. 37).

• Firma _____

1) Di:

- non essere titolare di altri rapporti di collaborazione coordinata e continuativa**, in contemporanea con quello oggetto del presente, su incarico di altri committenti. S'impegna a comunicare tempestivamente il variare di tale situazione al fine di consentire l'esatta determinazione del premio INAIL di competenza di ogni singolo committente ed evitare all'Ente il versamento di importi in misura inferiore e/o superiore al dovuto
- essere titolare di altro/i rapporto/i di collaborazione coordinata e continuativa** con incarico di _____ (indicare l'Ente o la Ditta privata), con durata dal _____ al _____ e compenso complessivo pari ad €. _____, ____= (in caso di spazio insufficiente compilare una scheda con i medesimi dati da allegare al presente). S'impegna a comunicare tempestivamente il variare di tale situazione al fine di consentire l'esatta determinazione del premio INAIL di competenza di ogni singolo committente ed evitare all'Ente il versamento di importi in misura inferiore e/o superiore al dovuto

BARRARE UNA DELLE DUE OPZIONI PRIMA DI FIRMARE

• Firma _____

PRENDE ATTO

Che il D. Lgs. 30/06/03 n. 196 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo il decreto legislativo indicato, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 del suddetto decreto la informiamo che il trattamento che intendiamo effettuare:

- a) ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a Suo favore dei compensi dovuti e l'applicazione degli adempimenti contributivi, previdenziali e fiscali previsti dalla normativa vigente;
- b) sarà effettuato con modalità prevalentemente informatizzate;
- c) i dati in possesso dell'Università potranno essere forniti ad altri soggetti pubblici (quali, ad es. Ministero dell'Economia e delle Finanze, Inps) per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge.

• Firma _____

Il sottoscritto conferma che, ai fini fiscali e previdenziali, la propria posizione si identifica nella fattispecie di cui alla precedente lettera _____,

S'IMPEGNA

inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d'ora L'Università degli Studi di Cagliari da ogni responsabilità in merito.

ALLEGATI: _____

Cagliari, _____

FIRMA DELL'INTERESSATO