

DICHIARAZIONE INQUADRAMENTI ANNO 2024 - N.B. solo per dipendenti pubblici

OGGETTO: Comunicazione dati anagrafe per inquadramento fiscale, previdenziale ed assicurativo.

Nome _____ Cognome _____
luogo e data di nascita _____ Prov. _____ il _____ ed
anagraficamente residente in _____ Prov. _____ Via
_____ C.A.P. _____, recapito telefonico _____
e-mail _____ pec _____
codice fiscale _____ cittadinanza _____, con domicilio fiscale in
_____, Via _____, Prov. _____, C.A.P. _____, (codice
identificativo fiscale Estero n. _____), in relazione all'incarico relativo
all'attività/prestazioni di _____
(indicare quale) da svolgere in (luogo) _____ nel periodo
_____ in qualità di _____
per la commissione in _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di essere:

DICHIARAZIONE PER INQUADRAMENTO REDDITUALE

IN QUALITA' DI DIPENDENTE CON AUTORIZZAZIONE DELL'ENTE DI APPARTENENZA

G) Dipendente con autorizzazione della propria amministrazione di appartenenza i cui compensi rientrano in quelli assimilati al lavoro dipendente (art. 50, comma 1, lettera c-bis, DPR. 917/1986), fuori dal campo di applicazione IVA e non possono in nessun caso essere definiti di lavoro autonomo (allega **autorizzazione dell'ente di appartenenza in ottemperanza agli obblighi previsti dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001**).

Denominazione Ente _____

Comune _____ Località _____ Prov _____ C.A.P _____

Via _____ n. _____

di avere chiesto ed ottenuta la prevista autorizzazione che allega al presente modello

Indicare **pec** dell'Ufficio che ha emesso l'**autorizzazione**

di non dover richiedere autorizzazione perché

FIRMA _____

IN QUALITÀ DI DIPENDENTE CON INCARICO DELL'ENTE DI APPARTENENZA

Q) Dipendente, con incarico della propria amministrazione di appartenenza in relazione alla propria carica e/o qualifica e non a titolo personale, per cui nella fattispecie tali compensi rientrano in quelli assimilati al lavoro dipendente (art. 50, comma 1, lettera b, DPR. 917/1986), fuori dal campo di applicazione IVA e non possono in nessun caso essere definiti di lavoro autonomo (allega/non allega autorizzazione ed incarico dell'ente di appartenenza in ottemperanza agli obblighi previsti dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001).

Firma _____

In relazione a tutto quanto sopra specificato il sottoscritto dichiara inoltre:

1. agli effetti del limite retributivo e pensionistico di cui all'art. 1, comma 471 e seg. della Legge 147/2013 (Stabilità 2014) e art. 13 del D.L. 66/2014 di non aver superato il limite previsto¹ e di impegnarsi a comunicare l'eventuale superamento dello stesso manifestando incondizionata disponibilità alla riduzione degli emolumenti lordi spettanti al fine di ricondurre il percepito annuo nel ridotto limite²

Firma _____

DICHIARAZIONE AGLI EFFETTI PREVIDENZIALI – 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 che³:

1) ha superato il limite dei 65 (sessantacinque) anni di età anteriormente al 31 Marzo / 30 Giugno 2001 ed ha già richiesto prima di allora, durante il periodo transitorio quinquennale di vigenza delle disposizioni contenute nel D.M. 282/1996, l'esonero da obblighi contributivi ed allega la seguente documentazione probante _____. (il periodo transitorio è cessato il 31 Marzo per soggetti aliquota piena – 33,72% e/o il 30 Giugno 2001 per soggetti aliquota ridotta 24% – circolare INPS 16 Maggio 2001 n. 104) - (precedenti ipotesi G, H, M e N);

Firma _____

2) non ha superato il limite contributivo annuo di €. 113.520,00⁴ e pertanto 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 (precedenti ipotesi G, H, M e N) - NB la sottoscrizione della presente ipotesi è alternativa alla n. 4.

Firma _____

3) ha superato e/o prevede il superamento del limite contributivo annuo di €. 113.520,00 e pertanto invita codesta amministrazione a non operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare l'eventuale

¹ Euro 240.000,00 lordi annui.

² Si veda anche la circolare PCdM Dipartimento Funzione Pubblica 18 Marzo 2014 n. 3.

³ Tali dichiarazioni ove compatibili possono essere utilizzate anche dai percettori di borse di studio esenti da IRPEF quali ad esempio assegni di ricerca, borse di dottorato di ricerca, ecc.

⁴ Valevole per l'anno 2024

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 (precedenti ipotesi G, H, M e N) - NB la sottoscrizione della presente ipotesi è alternativa alla n. 3.

Firma _____

4) ha **provveduto/provederà** (depenare l'ipotesi che non interessa) all'autodenuncia presso la sede competente INPS ex art. 4 D.L.166/1996 (precedenti ipotesi G, H, M e N).

Firma _____

5) **è titolare di copertura previdenziale** obbligatoria e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità o titolare di pensione diretta quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 24%⁵ (indicare la cassa di appartenenza _____). In caso di variazione della propria posizione s'impegna a comunicarle al committente al fine di provvedere alla corretta gestione contributiva nella misura del 33,72% o 34,23%⁶ – (precedenti ipotesi G, H, M e N) – NB la sottoscrizione della presente ipotesi è alternativa alla n. 7.

Firma _____

- di non essere titolare di altri rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, in contemporanea con quello oggetto del presente, su incarico di altri committenti e/o su incarico di altra struttura autonoma dell'Ente. 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 (precedenti ipotesi G, H, I e L).

Firma _____

Agli effetti dell'applicazione delle ritenute IRPEF chiede espressamente (in particolare per ipotesi lettere C, G, Q e R; potenzialmente applicabile anche ad A, B, M e S):

- l'applicazione dell'aliquota marginale IRPEF nella misura del ____ % in luogo di quella progressiva a scaglioni collegata all'entità dell'emolumento nel periodo d'imposta.

Le aliquote Irpef 2024

23% per i redditi fino a 28.000 euro
35% per i redditi superiori a 28.000 euro e fino a 50.000 euro
43% per i redditi superiori a 50.000 euro

Firma _____

Le detrazioni

- **per lavoro dipendente ed assimilati di cui all'art. 13 DPR. 917/1986**
- **per carichi di famiglia di cui all'art. 12 del DPR. 917/1986**
- **per canoni di locazione di cui all'art. 16 DPR. 917/1986**

si intendono come richieste al datore di lavoro

Firma _____

⁵ Misura aliquote da anno 2019 – Circolare INPS 6 febbraio 2019 n. 19.

⁶ Per l'aliquota maggiorata si veda la circolare INPS n. 122/2017 o la n. 18/2018: a decorrere dal 1 luglio 2017, per i collaboratori, gli assegnisti e i dottorandi di ricerca con borsa di studio, i titolari degli uffici di amministrazione, i sindaci e revisori, iscritti in via esclusiva alla Gestione Separata, non pensionati e privi di partita IVA, è dovuta un'aliquota contributiva aggiuntiva pari allo 0,51% (per finanziare la DIS-COLL).

Agli effetti dell'applicazione del "Trattamento integrativo" e della "ulteriore detrazione fiscale", rispettivamente di cui agli articoli 1 e 2 del DI 3/2020, il/la sottoscritto/a dichiara di rinunciare ed esonera il sostituto d'imposta

Firma _____

Agli effetti dell'applicazione delle addizionali IRPEF, Regionale e Comunale, il sottoscritto

dichiara:

di avere domicilio fiscale alla data del 1° Gennaio 2024 in

_____ (luogo) _____ (indirizzo)

chiede:

l'applicazione dell'acconto di addizionale comunale in unica soluzione (barrare eventualmente l'ipotesi)

Lì, _____ FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare entro 30 giorni al sostituto ogni variazione che dovesse comportare la perdita del diritto alle detrazioni richieste e la modifica di tutte le informazioni fornite utili al rapporto di sostituzione d'imposta sollevando da qualsiasi responsabilità il sostituto d'imposta.

Lì, _____ FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a inoltre, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 23, comma 4 del D.P.R.600/1973, si riserva di chiedere di tenere conto, ai fini del compimento delle operazioni di conguaglio di fine anno, anche dei redditi di lavoro dipendente, o assimilati a quelli di lavoro dipendente, percepiti nel corso di precedenti rapporti di lavoro intrattenuti nell'anno 2019. In tale eventualità s'impegna a consegnare la relativa certificazione unica entro il 12 del mese di gennaio del periodo d'imposta successivo a quello in cui sono stati percepiti.

Lì, _____ FIRMA _____

Ai sensi del comma 3 dell'art. 23 del DPR 600/1973, in caso di incapienza delle liquidazioni a subire il prelievo delle imposte dovute in sede di conguaglio di fine anno, il/la sottoscritto/a intende esercitare la seguente opzione (barrare l'ipotesi prescelta):

- o Verserà al sostituto l'importo corrispondente alle ritenute ancora dovute entro il 28 Febbraio del periodo d'imposta successivo a quello di riferimento del conguaglio;
- o Autorizza il sostituto ad effettuare il prelievo sulle liquidazioni successive al mese in cui è effettuato il conguaglio fiscale. (Sugli importi di cui è differito il pagamento si applica l'interesse in ragione dello 0,5% mensile, che sarà trattenuto e versato nei termini e con le modalità previste per le somme cui si riferisce).

Lì, _____ FIRMA _____

Per quel che riguarda il TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI l'informativa, redatta secondo le indicazioni dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, è pubblicato sul portale di Ateneo – sezione Privacy <https://www.unisi.it/ateneo/adempimenti/privacy> .

Nell'invitarla a prendere attenta visione dell'informativa su indicata, informiamo che:

i dati saranno trattati secondo i principi stabiliti dall'art. 5 (liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza, esattezza, minimizzazione del trattamento, limitazione della conservazione, ecc.) per le finalità del presente contratto. Per gli adempimenti da esso discendenti, potranno essere trasmessi a soggetti terzi (es: INAIL, Agenzia delle entrate, ecc.);

il Titolare del trattamento è l'Università di Siena, rappresentata dal Magnifico Rettore;

il Responsabile della protezione dei dati personali è il Avv.to Giuseppe Versaci;

i dati saranno raccolti e trattati con l'ausilio di strumenti cartacei ed informatici con modalità che garantiscono la sicurezza e la riservatezza, alimentando archivi cartacei e/o informatici;

Chi ha interesse al trattamento può esercitare nei confronti dell'Università di Siena tutti i diritti previsti dagli artt.15 e ss. del Regolamento europeo; in particolare, può ottenere: l'accesso ai propri dati personali, la loro rettifica o integrazione, la cancellazione (c.d. "diritto all'oblio"), la limitazione del trattamento.

Dopo aver preso attenta visione dell'informativa sul trattamento dei propri dati personali pubblicata sul portale di Ateneo nella sezione Privacy, **AUTORIZZO** l'Università degli Studi di Siena al trattamento dei miei dati personali.

Si conferma che, ai fini fiscali, previdenziali ed assicurativi, la propria posizione si identifica nella fattispecie di cui alla precedente lettera _____ e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Ente committente da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

Lì, _____ FIRMA _____

Oggetto: riscossione competenze dovute dall'Università

Il/La sottoscritto/a

C.F.

tipo rapporto

Chiede

che i propri emolumenti vengano corrisposti mediante bonifico su:

- Conto Corrente Bancario
- Conto Corrente Postale (no libretto)
- Carta prepagata (solo con codice IBAN)

(N.B. eventuali sanzioni previste dalla circolare ABI n. 2797 del 23/05/2003 per omessa indicazione di una delle componenti del codice IBAN saranno poste a carico del beneficiario)

codice **IBAN** (27 caratteri alfanumerici)

codice **CIN** ____ (1 carattere alfabetico) - codice **ABI** ____ (5 caratteri numerici)

Banca

codice **CAB** ____ (5 caratteri numerici) Agenzia

(indirizzo dell'Agenzia

numero **c/c** ____ (12 caratteri alfanumerici)

SWIFT CODE (per bonifici su conti esteri -8/11 caratteri) _____

N.B il/la beneficiario/a deve essere "almeno" co/intestatario del conto.

chiede

che la **CERTIFICAZIONE DEI REDDITI (CU)**, nei casi in cui non sia spedita con raccomandata A/R presso il domicilio fiscale o caricata nel servizio di accesso online UGOV Stipendi, sia inviata al seguente indirizzo di posta elettronica non istituzionale (cioè non @unisi.it)

si raccomanda di scrivere in modo leggibile

Luogo e data, _____

Firma _____

ALLEGARE:

- **Copia del codice IBAN rilasciata dall'Agenzia**
- **Copia codice fiscale**

ISTRUZIONI PER ACCEDERE ON-LINE ALLA VISIONE DI CEDOLINI E CU

In vigenza di rapporto con l'Ateneo per l'accesso al servizio on line di visualizzazione e stampa dei cedolini e della CU, è necessario utilizzare l'UNISIPASS cioè la password unica di Ateneo che consente di accedere ai servizi online.

Per ricevere le credenziali UNISIPASS **deve essere fatta esplicita richiesta** inviando una mail all'indirizzo helpdesk@unisi.it che contenga il proprio nome, cognome e codice fiscale.

N.B. gli/le studenti/esse UNISI ne sono già in possesso.

Per l'**accesso al servizio on line** di visualizzazione e stampa dei cedolini e della CU:

nel sito UNISI

Servizi on line

U-Web – I miei documenti

oppure seguire il percorso:

<https://unisi.u-web.cineca.it>

I miei documenti