

DICHIARAZIONE INQUADRAMENTI ANNO 2024

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

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
ed anagraficamente residente in _____ Prov. _____
Via _____ C.A.P. _____, recapito telefonico _____
e-mail _____ pec _____
codice fiscale _____, partita IVA _____ cittadinanza
_____, con domicilio fiscale in _____, Via
_____, Prov. _____, C.A.P. _____, (codice identificativo fiscale Estero
n. _____), in relazione all'incarico relativo all'attività/prestazioni di
_____ le quali rientrano/non
rientrano _____ nell'oggetto dell'attività professionale di
_____ (indicare quale) da svolgere in (luogo) _____
nel periodo _____ in qualità di _____
per la struttura _____
(specificare se per lo svolgimento di tale attività è necessaria l'iscrizione in apposito Albo in base alle possibilità sotto elencate).

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di essere:

DICHIARAZIONE PER INQUADRAMENTO REDDITUALE

PRESTAZIONE NON ABITUALE (OCCASIONALE) DI LAVORO AUTONOMO RESIDENTE

Per il pagamento compilare la richiesta denominata "Richiesta liquidazione prestazione occasionale"

M) Soggetto non esercente attività professionale in particolare e/o di lavoro autonomo in generale e pertanto svolgente la prestazione senza requisito di abitualità, continuità e professionalità in forma del tutto occasionale (art. 67, comma 1, lettera l, primo periodo, DPR. 917/1986) e di non essere tenuto all'emissione di fattura sul compenso (art. 5, comma 2, DPR.633/1972)

Firma _____

Dichiara sotto la propria responsabilità :

di svolgere l'attività professionale di

_____ non pertinente all'oggetto del presente incarico

Firma _____

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

1. di NON essere dipendente presso altra pubblica amministrazione

Firma _____

2. di ESSERE dipendente presso altra pubblica amministrazione ¹

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 _____

3. 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 previsto² 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 limite ³

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 che ⁴:

- 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 _____

¹ Ai fini del regime delle autorizzazioni di cui all'art. 53 del D.lgs. 165/2001.

² **Euro 240.000,00 lordi annui.**

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

⁴ 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.

- 2) non ha superato il limite contributivo annuo di €. 113.520,00 ⁵ 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. 3.

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 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. 2.

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% ⁶ (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% ⁷ - (precedenti ipotesi G, H, M e N) - NB la sottoscrizione della presente ipotesi è alternativa alla n. 6.

Firma _____

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

Firma _____

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare entro 30 giorni al sostituto ogni variazione e modifica di tutte le informazioni fornite utili al rapporto di sostituzione d'imposta sollevando da qualsiasi responsabilità il sostituto d'imposta.

Lì, _____ FIRMA _____

⁵ Valevole per l'anno 2024

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

⁷ 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).



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

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 l'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;

gli/le interessati/e al trattamento possono esercitare nei confronti dell'Università di Siena tutti i diritti previsti dagli artt.15 e ss. del Regolamento europeo; in particolare, possono 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, il sottoscritto **AUTORIZZA** l'Università degli Studi di Siena al trattamento dei propri dati personali.

Il/La sottoscritto/a 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 beneficiario 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 vigore 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