



DICHIARAZIONE INQUADRAMENTI ANNO 2025

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

Cognome _____ Nome _____
luogo e data di nascita _____ 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

PROFESSIONISTA

compresi gli esordienti (art. 13 Legge 388/2000), regime vantaggio minimi (art. 1, comma 100, Legge 247/2007 e art. 27 D.L. 98/2011 conv. Legge 111/2011), regime contabile agevolato ex minimi (art. 27, comma 3, D.L. 98/2011 conv. Legge 111/2011), art. 1, commi 54 / 89 della Legge 190/2014 e nuovi minimi art. 1, commi 111 - 113, Legge 208/2015 e nuovi forfettari dal 2019 (art. 1, co.9-11 L. 145/2018)

A) Professionista (art. 53, comma 1, DPR. 917/1986), in quanto l'attività richiesta rientra nell'oggetto tipico della propria professione abituale di _____, iscritto nell'Albo/Ordine _____ e pertanto di essere/non essere iscritto ai fini previdenziali nella Cassa di Previdenza _____, con l'obbligo di rilascio di fattura (art. 5, comma 1, DPR. 633/1972), per cui l'IRAP è dovuta dal sottoscritto ed in tal senso libera l'Ente committente da obblighi al proposito.

Firma _____

B) Professionista (art. 53, comma 1, DPR. 917/1986), in quanto l'attività richiesta rientra fra le normali prestazioni oggetto della sua attività professionale abituale, non iscritto in alcun Albo Professionale e senza Cassa di Previdenza, ma con attività professionale svolta in forma abituale anche se non esclusiva, con obbligo di rilascio di fattura (art. 5, comma 1, DPR. 633/1972), per cui l'IRAP è dovuta dal sottoscritto ed in tal senso libera l'Ente committente da obblighi al proposito.

Firma _____



che la prestazione richiesta è esercitata

- ☐ in forma propria
- ☐ **non** in forma propria e la fattura verrà emessa da (es. Studio Associato) _____

Indirizzo _____ P.I. _____

che in fattura verrà esposto

- ☐ il contributo previdenziale del _____ %
- ☐ rivalsa del _____ %

che

- ☐ rientra in un regime fiscale agevolato (dichiarare il regime di esenzione)

- _____
- ☐ non rientra in un regime fiscale agevolato

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:

Le prestazioni di cui all'incarico ricevuto danno origine a redditi professionali non assoggettati a contribuzione obbligatoria previdenziale presso la cassa di previdenza di categoria e/o i versamenti alla cassa di previdenza di categoria vengono effettuati a titolo di solidarietà non dando diritto gli stessi a trattamento pensionistico a carico della cassa; pertanto è soggetto, a propria cura ed onere, al pagamento del contributo alla gestione separata (*precedente ipotesi B ed in alcuni casi A*).

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 _____

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 Pro Tempore della protezione dati dell'Università degli Studi di Siena è indicato sulla pagina di Ateneo dedicata, al seguente link: <https://www.unisi.it/ateneo/adempimenti/privacy>;

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 _____



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

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/a 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

Firma _____

Luogo e data, _____

Firma _____

ALLEGARE:

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