All. 1 – Modulo di anagrafica fiscale e regolarità contributiva

DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI E FISCALI – Lavoro Autonomo – Residenti

ALL'AZIENDA U.S.L. DI FERRARA
VIA CASSOLI 30
40100 FERRARA

Spett.le SERVIZIO COMUNE
TECNICO E PATRIMONIO

DIPARTIMENTO GESTIONE RISORSE UMANE – UFF. CONTRATTI

e p.c. DIPARTIMENTO AMM. VO UNICO
U.O. ECONOMICA FINANZIARIA
SEDE

Io sottoscritto FEDERICA CASETTI

al fine di una eventuale stipulazione con codesta Azienda U.S.L. di un **contratto di lavoro autonomo**, avente ad oggetto la seguente attività:

Incarico professionale per la redazione di elaborati grafici a supporto delle progettazioni in corso sull'Ospedale di Cento - Edificio DP1P03 - Via Facchini/Vicini n.2 – Cento.
affidato dal Servizio Comune Tecnico e Patrimonio con NOTA A CONTRARRE
identificato con i seguenti codici
CUP E39D13002550002
CIG Z2923378CA

DICHIARO I SEGUENTI MIEI DATI ANAGRAFICI

Data di nascita	Comune di nascita	Sesso ☐ M ☑ F
19/10/1973	FERRARA	
Cittadinanza ITALIANA		
Codice Fiscale CSTFRC73R59D548P	Partita IVA 01726240383	

Iscritto all'Ordine professionale ARCHITETTI P.P.C

Della provincia di FERRARA in data 14/02/2007

Al n. 517

Professionista abilitato alla professione prima dell'entrata in vigore del D.P.R. 328/2001 SI • NO ✓

Comune FERRARA		Via e n. civico SAN ROMANO N. 75	
C.A.P. 44121	Prov. FERRARA	n. telefono -----	n. fax ----
n. cellulare 3771463020		Indirizzo e-mail federica.casetti@gmail.com	

DOMICILIO/SEDE DELL'ATTIVITA' (per eventuali comunicazioni se diverso dalla residenza fiscale)

Comune		Via e n. civico	
C.A.P.	Prov.	n. telefono	n. fax

N.B. Il professionista con **cittadinanza straniera** che intenda avvalersi della facoltà dell'esenzione fiscale, dovrà allegare:

1) documentazione dell'Ente equiparato al Ministero delle Finanze presso il Paese di appartenenza;
2) autodichiarazione di NON avere stabile organizzazione in Italia e dell'esistenza di apposita convenzione fra il paese di appartenenza e l'Italia (vedi All. n. 1)

DICHIARO INOLTRE

A)

Di essere lavoratore dipendente	☐ SI ☑ NO
*se **SI** – presso:*	
Azienda / Ente di appartenenza	
indicare Cassa di Previdenza presso la quale il datore di lavoro versa i contributi:	
Sede Legale dell'Azienda / Ente Via / Piazza	
Città	
C.A.P.	Provincia
Qualifica ricoperta	

N.B.: in caso di dipendente di Pubblica Amministrazione, è necessario produrre l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, fatte salve le eccezioni di cui all'art. 7 novies DL 31/1/2005 n. 7 – convertito in L. 31/3/05 n. 43 "Attività di docenza effettuata a favore di dipendenti pubblici".

OVVERO DICHIARA DI APPARTENERE A UNA DI QUESTE FATTISPECIE:

Dipendente a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50%	☐ SI ☑ NO
Docente universitario a tempo definito	☐ SI ☑ NO
Dipendente Pubblico escluso dall'obbligo della preventiva autorizzazione ai sensi dell'art. 53 del D.lvo 165/01	☐ SI ☑ NO

e pertanto non necessita dell'autorizzazione dell'amministrazione di appartenenza, all'affidamento dell'incarico

OPPURE

Di essere pensionato ☐ SI ☑ NO

Che l'Ente erogatore della pensione è:

_____

_____

OPPURE

Di essere lavoratore autonomo ☑ SI ☐ NO
(In caso di risposta negativa passare direttamente al punto B)

Di avere fatto opzione al competente Ufficio IVA per il regime fiscale agevolato (art. 13 L. 388/2000)

☐ SI ☑ NO

Oppure

Di avere aderito al regime fiscale dei "contribuenti minimi" di cui all' Art27 del D.L. 98/2011

☐ SI ☑ NO

Oppure

Di avere aderito al regime fiscale dei " Regime forfettario " di cui alla Legge 23.12.2014 N. 190 Art . 1 commi da 54 a 89

☑ SI ☐ NO

Di essere iscritto ad un Albo Professionale
☑ SI ☐ NO

(indicare quale Albo)
ORDINE DEGLI ARCHITETTI P.P.C. di FERRARA

che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa Previdenziale con obbligo di

versamento contributivo ☑ SI ☐ NO

se **SI**	se **NO**
Che è previsto per legge il diritto di rivalsa sul committente ☐ NO ☑ SI nella percentuale del 4 % Che in relazione al mio eventuale obbligo di versamento contributivo alla Cassa di categoria, intendo esercitare il diritto di rivalsa ☐ NO ☑ SI	Che in relazione al mio eventuale obbligo di versamento contributivo alla Gestione Separata INPS, intendo esercitare il diritto di rivalsa del 4% ☐ NO ☐ SI

E pertanto dichiara di essere in regola con gli obblighi contributivi previsti secondo le vigenti discipline ☑ SI ☐ NO

B) Di ***non*** svolgere attività di lavoro autonomo in forma professionale (titolare di Partita Iva) e, conseguentemente, di prendere atto che, con codesta Azienda USL di Ferrara, verrà attivato un rapporto di:

☐ Collaborazione Coordinata e Continuativa con aliquota da applicare del _____ %

☐ Prestazione Occasionale:

☐ con compenso da prestazioni occasionali percepito nell'anno solare fino ad € 5.000,00

☐ con compenso da prestazioni occasionali percepito nell'anno solare superiore ad € 5.000,00

e, pertanto, comunica:

☐ di essere iscritto alla gestione separata INPS

☐ che le ritenute INPS vanno applicate dall'importo di € _____

☐ che l'aliquota da applicare è del _____ %

DICHIARO

☑ di non avere in corso alcun rapporto professionale con strutture sanitarie private accreditate

☐ di avere diritto alle detrazioni di imposta come da dichiarazione che rilascerò all'Ufficio Stipendi di codesta Azienda U.S.L.
(solo per i rapporti di Collaborazione Coordinata e Continuativa)

DICHIARO INOLTRE

in ottemperanza alle disposizione della legge 13 agosto 2010 n. 136 in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, che gli estremi identificativi del conto corrente bancario/postale dedicato alle commesse pubbliche nel quale transiteranno tutti i movimenti finanziari relativi alla gestione di questo contratto, sono:

di optare per la seguente modalità di pagamento :

☑ versamento sul seguente c/c a me intestato ed in essere presso

Banca UNICREDIT BANCA

Ufficio Postale _____

COORDINATE INTERNAZIONALI codice IBAN: **(compilare obbligatoriamente tutti i campi)**

Cod. Paese	Chek Digit	CIN	ABI	CAB	Numero Conto
I T	7 9	P	0 2 0 0 8	1 3 0 3 0	0 0 0 0 1 0 8 3 6 4 2 7

e che le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso sono:

Cognome e nome CASETTI FEDERICA

nato/a FERRARA il 19/10/1973

codice fiscale CSTFRC73R59D548P

~~**Cognome e nome**~~ _____

~~nato/a~~ _____ il _____

~~codice fiscale~~ _____

~~**Cognome e nome**~~ _____

~~nato/a~~ _____ il _____

~~codice fiscale~~ _____

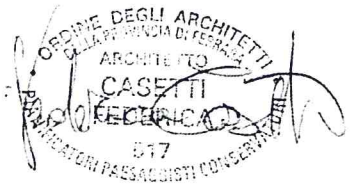
DICHIARO INFINE

Di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione rispetto alla presente dichiarazione

Sono consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e accertate dall'Azienda U.S.L. in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e la decadenza di eventuali benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera.

- I dati raccolti saranno trattati, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, esclusivamente nell'ambito del presente incarico per le finalità inerenti la gestione della procedura, e comprenderà, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 11 del citato Decreto Legislativo, tutte le operazioni necessarie al trattamento in questione.
- Si comunica altresì, ai sensi dell'art. 13 comma 1) del D.Lgs 196/03 che i dati personali forniti nell'ambito della presente procedura, saranno raccolti presso l'U.O. Attività Amministrativa del Servizio Comune tecnico e Patrimonio dell'Azienda USL di Ferrara, in banca dati sia automatizzata che cartacea, per le finalità inerenti la gestione della procedura e comprenderà, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 1, comma 2 e 4 necessarie al trattamento in questione

FERRARA, 04/06/2018

(firma) 

Alla presente dichiarazione si allega copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità (o di un documento di riconoscimento equipollente) del dichiarante (art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000)

Azienda U.S.L. di Ferrara
Via Cassoli, 30 – 44100 FERRARA
Tel 0532/235800 – Fax 0532/235803
Partita IVA 01295960387
dipartimentoattivitatecniche@pec.ausl.fe.it www.ausl.fe.it

Azienda Ospedaliero- Universitaria di Ferrara - S. Anna
Via Aldo Moro,8-44124-Cona-Ferrara
Tel 0532/*236011* – fax 0532-236592
Partita Iva 01295950388
direzionetecnica@pec.ospfe.it www.ospfe.it