

DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI, FISCALI E PREVIDENZIALI

SEZIONE 1**DATI ANAGRAFICI E MODALITÀ DI PAGAMENTO**

☐ Nuova Dichiarazione ☐ Rettifica Dichiarazione

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara quanto segue:

A.1	Cognome															
A.2	Nome															
A.3	Sesso	☐ M	☐ F	(barrare la relativa casella)												
A.4	Luogo di nascita	Comune (o Stato Estero) di nascita										Prov.				
A.5	Data di nascita	___ / ___ / ____			giorno, mese, anno (gg/mm/aa)											
A.6	Codice fiscale															(obbligatorio)
A.7	Cittadinanza															
A.8	Residenza e/o Domicilio Fiscale	Comune										Prov.	C.A.P.			
		Via e numero civico														
A.9	Recapito <i>(indicare solo se diverso dalla residenza)</i>	Comune										Prov.	C.A.P.			
		Via e numero civico														
A.10	Contatti	Telefono abitazione					Telefono ufficio									
		Telefono cellulare					Fax									
		Indirizzo di posta elettronica														
A.11 MODULO TRACCIABILITA' FLUSSI FINANZIARI		Consapevole che la falsa dichiarazione comporta responsabilità e sanzioni civili e penali ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, D I C H I A R A che ai sensi dell'art. 3, comma 7, della Legge 13 Agosto 2010, n. 136, è dedicato il seguente conto corrente bancario/postale: Numero conto corrente: _____ Istituto di Credito: _____ Agenzia: _____ IBAN: _____ BIC (SWIFT) _____ che i soggetti delegati ad operare sul conto corrente sopra menzionato sono i seguenti: · Sig./Sig.ra _____ Nato/a a _____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____ Residente in _____ Via _____ · Sig./Sig.ra _____ Nato/a a _____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____ Residente in _____ Via _____ - che ai sensi dell'art. 3 comma 8 della Legge 136 del 13/08/2010 il sottoscritto si assume l'obbligo di rispettare la normativa relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari pena nullità assoluta del contratto. Impegnandosi, in caso di variazione del conto dedicato, ad inviare il presente modulo aggiornato ai sensi della legge 136/2010 e ss. mm. ii.														

AVVERTENZA: i titolari di c/c europei ed extra-europei devono indicare anche:

Codice BIC / SWIFT		Codice ABA/ROUTIN GNUMBER	
-----------------------	--	---------------------------------	--

SEZIONE 2**DATI FISCALI E PREVIDENZIALI**

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara:

(barrare le caselle che interessano)

Di essere titolare di Partita Iva	☐ SI	Vedere Sez. 2.1
	☐ NO	Vedere Sez. 2.2

Sezione 2.1

La Partita Iva è ☐ Individuale ☐ Società ☐ Studio associato		
Denominazione Studio associato o Ragione sociale (per le società):		
Numero Partita Iva		
l'attività rientra nell'oggetto proprio dell'arte o professione e pertanto verrà emessa fattura	☐ SI	Barrare una sola casella da A a B.6
	☐ NO	Barrare la casella C

☐ Professionista ISCRITTO AD ALBO E ALLA CASSA IN REGIME ORDINARIO , ai sensi del D.P.R. 633/1972	A
☐ Professionista ISCRITTO AD ALBO E ALLA CASSA IN REGIME DEI MINIMI , ai sensi della L.244/2007 e D.L. 98/2011 e s.m.i.	A.1
☐ Professionista ISCRITTO AD ALBO E ALLA CASSA IN REGIME FORFETTARIO , ai sensi della Legge 190/2014 e s.m.i.	A.2
☐ Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime ordinario Iscritto alla Gestione Separata INPS legge 335/1995	B
☐ Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime dei minimi, ai sensi della L.244/2007 e D.L. 98/2011 e s.m.i.	B.1
☐ Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime forfettario, ai sensi della L.190/2014 e s.m.i.	B.2
☐ Il reddito cui le somme afferiscono è soggetto ad altra imposta sostitutiva (comma 67 L. 190/14)	B.3
☐ Professionista con regime fiscale agevolato ex art. 27 D.L. 98/2011 c. 1 e 2	B.4
☐ Esercita attività di impresa in regime ordinario (ditta individuale)	B.5
☐ Esercita attività di impresa in regime forfettario (ditta individuale)	B.6
☐ L'attività non rientra tra quelle previste dai codici ATECO congruenti con la propria Partita Iva, quindi il professionista non è tenuto ad emettere fattura elettronica	C

Indicare di seguito le percentuali con le quali il compenso lordo sarà maggiorato ai fini del versamento contributivo:

- ☐ 2% quale contributo integrativo dovuto alla propria cassa di previdenza
- ☐ 4% quale contributo integrativo dovuto alla propria cassa di previdenza
- ☐ 4% quale rivalsa parziale del contributo Inps dovuto ai sensi dell'art. 2 co. 26 della L. 335/95, in quanto professionista iscritto alla Gestione separata Inps
- ☐ 5% quale contributo integrativo dovuto alla propria cassa di previdenza

Sezione 2.2

☐ Lavoratore autonomo occasionale (reddito inferiore ai 5.000,00 euro annui)	D
☐ Lavoratore autonomo occasionale con reddito superiore ai 5.000,00 euro annui (indicare l'importo di eventuali redditi percepiti nel corso dell'anno per attività svolte al di fuori della Drmn Calabria). <i>Il/La sottoscritto/a dichiara che nel presente anno _____, fino alla data odierna, ha percepito compensi di natura occasionale al di fuori della Drmn Calabria o per un importo pari a euro _____ (lordo).</i>	E
☐ Lavoratore in collaborazione coordinata e continuativa (co.co.co.) presso la Drmn Calabria	F
☐ Lavoratore in collaborazione coordinata e continuativa (co.co.co.) presso altro datore di lavoro pubblico o privato	G
☐ Assegnista di ricerca c/o _____	H
☐ Titolare di Borsa di Studio con tassazione Irpef c/o _____	I

Luogo e data
(digitale)

Firma (olografa per esteso e in forma leggibile o firma

In caso di assenza dipendenti compilare la dichiarazione seguente

DICHIAZIONE SOSTITUTIVA D.U.R.C.	
Il sottoscritto _____ nato il _____ in _____ codice fiscale _____ in qualità di _____ dell'Impresa _____ con sede in _____ con codice fiscale n. _____ e con partita I.V.A. n. _____	
relativamente alla propria correttezza contributiva nei confronti dell'INPS e INAIL ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,	
D I C H I A R A	
di non avere dipendenti.	
Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni e qualsiasi variazione dovesse intervenire in merito a quanto sopra comunicato.	
Luogo e data	FIRMA

Informazioni sul trattamento dei dati personali

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) alla via _____ n. ____ cap _____, in qualità di:
- Libero professionista, iscritto all'Albo _____ con il n. ____
- Titolare / legale rappresentante / procuratore come da procura n. _____ in data _____ dell'Impresa
appaltatrice/affidataria _____
con studio professionale / sede in _____ via _____ n. ____ cap _____, Codice
fiscale _____ partita IVA _____,

in relazione alle prestazioni di lavori/servizi/forniture oggetto di procedimento in corso di definizione con
codesta Amministrazione / Segretariato regionale, con la presente dichiarazione

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 19, 22 e 25 del Decreto
Legislativo n. 196/2003 (Codice della privacy)

Luogo e data _____

Firma (olografa per esteso e in forma leggibile
o firma digitale)