BOLLO
EURO
2,00

(Bollo da applicare se il compenso lordo è superiore a euro 77.47)

ALLEGATO "C"

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
"SAN LUIGI GONZAGA"

CORSO DI STUDI *MAGISTRALE SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE*

MODULO DI RICHIESTA COMPENSO PER DOCENTI ESTERNI

Dipendenti di altri Enti Pubblici

ATTIVITA' DIDATTICA FORMALE ☐
ATTIVITA' DI COMPLEMENTO ALLA DIDATTICA ☐
ATTIVITA' SEMINARIALE ☐

Cognome _____Nome _____

Luogo e data di nascita (gg.mm.aa.) _____

Residente a_____ C.A.P. _____

Via/C.so/Piazza_____N. _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail_____rec.telefonico_____

- **Insegnamento/ Seminario deliberazione n. _____ del_____**

_____

ANNO DI CORSO _____ SEMESTRE _____ _____ A. A._____

ORE N. _____ X €. 25.82 (personale dipendente del S.S.N. fuori orario di servizio) **€. _____**

+ Bollo €. _____

TOTALE €. _____

RITENUTA FISCALE 20% (dipendenti altri Enti) €. _____

TOTALE NETTO €. _____

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA _____ AGENZIA N. _____

Indirizzo_____COMUNE_____

CODICE IBAN

_____

DICHIARA di essere dipendente presso _____

DICHIARA di essere in possesso di autorizzazione da parte del datore di lavoro al succitato incarico.

DICHIARA che la suddetta attività è iniziata il …….. e terminata il…….……

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, che quanto dichiarato è corrispondente a verità.

Orbassano, lì _____ _____
(firma del richiedente)

Verificato che le suddette ore richieste in pagamento sono state effettivamente svolte, si autorizza

Il Presidente
Prof. Stefano GEUNA

_____

Spazio riservato al Corso di Studi *Magistrale Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie*