

ALLEGATO "A"

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
"SAN LUIGI GONZAGA"
CORSO DI STUDIO MAGISTRALE SCIENZE RIABILITATIVE PROFESSIONI SANITARIE

**MODULO DI RICHIESTA COMPENSO PER ATTIVITA' DI LAVORO AUTONOMO
IN POSSESSO DI PARTITA I.V.A.**

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____

DOMICILIO FISCALE _____

CODICE FISCALE _____

e-mail: _____ rec. telefonico _____

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA _____

AGENZIA N. _____ **INDIRIZZO** _____

_____ **COMUNE** _____

Codice IBAN _____

CORSO DI STUDIO MAGISTRALE S.R.P.S. A.A. _____

MODULO: _____

Comunico di essermi accreditato/a al Sistema NSO – Ministero dell'Economia e delle Finanze e a tal fine segnalo **una delle 3 seguenti opzioni:**

- 1) Codice NSO ed è il seguente _____
- 2) Codice PEPPOL ed è il seguente _____
- 3) Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

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

(firma del richiedente)

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

Il Presidente
Prof. Luca OSTACOLI