

BOLLO  
EURO  
2,00

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

**ALLEGATO "B"**

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
"SAN LUIGI GONZAGA"

**CORSO DI STUDI *MAGISTRALE SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE***

**MODULO DI RICHIESTA COMPENSO PER PRESTAZIONI OCCASIONALI DI LAVORO AUTONOMO  
E QUINDI **NON** IN POSSESSO DI PARTITA IVA**

ATTIVITA DI DIDATTICA FORMALE   
ATTIVITA' DI COMPLEMENTO ALLA DIDATTICA   
ATTIVITA' SEMINARIALE   
(Barrare la voce che interessa)

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 \_\_\_\_\_

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_

AI FINI DEL VERSAMENTO DELLA RELATIVA CASSA PREVIDENZIALE ALL'ENPAPI:

(barrare la voce sotto riportata **SOLO** chi è **INFERMIERE DIPENDENTE** di **ENTE PRIVATO o PENSIONATO**):

**SI** (quindi assicurati presso altra forma di previdenza obbligatoria o titolari di trattamento pensionistico)

(barrare la voce sotto riportata **SOLO** chi è **INFERMIERE NON LAVORATORE SUBORDINATO /  
LAVORATORE OCCASIONALE / IN CERCA DI OCCUPAZIONE**):

**NO** (quindi **non** assicurati presso altra forma di previdenza obbligatoria o **non titolari** di trattamento pensionistico)

InsegnamentoSeminario: \_\_\_\_\_

ANNO DI CORSO \_\_\_\_\_ SEMESTRE \_\_\_\_\_ A. A. \_\_\_\_\_

ORE N. \_\_\_\_\_ X € 25.82 = € \_\_\_\_\_

+ Bollo = € \_\_\_\_\_

**TOTALE** € \_\_\_\_\_

**RITENUTA D'ACCONTO DA DEDURRE 20%** € \_\_\_\_\_

**TOTALE NETTO** € \_\_\_\_\_

**Operazione esclusa dal campo di applicazione I.V.A. per mancanza di presupposto soggettivo ai sensi dell'art. 5, D.P.R. 633/72;**

Compenso rientrante tra i redditi diversi ai sensi dell'art. 81, comma 1, lettera L, del D.P.R. 917/86:

**(da compilare SOLO chi NON è INFERMIERE barrando la voce di interesse, indicando il periodo d'imposta)**

- DICHIARA di aver percepito, nel periodo d'imposta \_\_\_\_\_ redditi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 81, comma 1, lettera L, del D.P.R. 917/86 per un importo NON SUPERIORE a 5.000 euro.
- DICHIARA di aver percepito, nel periodo d'imposta \_\_\_\_\_ redditi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 81, comma 1, lettera L, del D.P.R. 917/86 per un importo SUPERIORE a 5.000 e fino a 119.650,00 (33,72%) e di NON ESSERE iscritto ad altra gestione di previdenza obbligatoria.
- DICHIARA di aver percepito, nel periodo d'imposta \_\_\_\_\_ redditi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 81, comma 1, lettera L, del D.P.R. 917/86 per un importo SUPERIORE a 5.000 e fino a 119.650,00 e di ESSERE iscritto ad altra gestione di previdenza obbligatoria o titolare di pensione diretta o indiretta 24%).

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA \_\_\_\_\_ AGENZIA N. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

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, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

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

*Il Presidente*  
*Prof. Luca OSTACOLI*

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