

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 € _____

DA COMPILARE A CURA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN LUIGI GONZAGA :

RITENUTA ENAPI € _____

ONERI ENPAPI € _____

RITENUTA D'ACCONTO DA DEDURRE 20% € _____

TOTALE NETTO € _____

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA _____ AGENZIA N. _____

Indirizzo _____ COMUNE _____

CODICE IBAN _____

DICHIARA di essere dipendente presso _____
Inquadramento professionale _____ **ai fini del versamento della**
relativa cassa previdenziale all'ENPAPI

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, 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