



DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI, FISCALI E PREVIDENZIALI

(da presentare da parte di coloro che svolgono incarichi di insegnamento, moduli didattici, supporto alla didattica, formatori linguistici)

SEZIONE 1

DATI ANAGRAFICI E MODALITA' 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	Per le donne indicare il cognome da nubile												
A.2	Nome													
A.3	Sesso	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	barrare la relativa casella								
A.4	Luogo di nascita	Comune (o Stato Estero) di nascita								Provincia (sigla)				
A.5	Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa)			
A.6	Codice fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	obbligatorio		
A.7	Cittadinanza													
A.8	Domicilio Fiscale all'1/1/2025	Comune					Provincia (sigla)		C.A.P.					
		via e numero civico												
A.9	Residenza e/o Domicilio fiscale successiva all'1/1/2025 (se diverso dal precedente)	Comune					Provincia (sigla)		C.A.P.					
		via e numero civico												
A.10		Telefono abitazione					Telefono ufficio							
		Telefono cellulare					Fax							
		Indirizzo di posta elettronica					@unibo.it							
A.11 Pagamento su c/c bancario /bancoposta o Carta prepagata Avvertenza: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante		27 caratteri numerici o alfabetici, senza barre o virgole, come da esempio ABI CAB Numero conto corrente IT 96 W 05856 11601 050570111111												
		Denominazione Banca / Agenzia												
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB				NUMERO DI CONTO CORRENTE						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Codice BIC / SWIFT		Codice ABA/ROUTING NUMBER	
--------------------	--	---------------------------	--

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

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	<input type="checkbox"/> SI	Compilare Sez. 2.1
	<input type="checkbox"/> NO	Compilare Sez. 2.2

Sezione 2.1

La partita iva è	<input type="checkbox"/> libero professionista	<input type="checkbox"/> studio associato
	<input type="checkbox"/> ditta individuale (attività non compatibile con l’attività didattica e di tutorato)	

Denominazione studio associato

Numero Partita IVA											
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

l’attività didattica rientra nell’oggetto proprio dell’arte o professione e pertanto verrà emessa fattura	<input type="checkbox"/> SI	Barrare una sola casella da A a B2
	<input type="checkbox"/> NO	Barrare la casella C

Rientra nella seguente casistica:

(Per le categorie da A ad A2, compilare la sezione 3 al punto 3.3, indicando la cassa previdenziale di appartenenza)

<input type="checkbox"/> Professionista iscritto ad albo e alla Cassa in regime ordinario ai sensi del DPR 633/1972	A
<input type="checkbox"/> Professionista iscritto all’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
<input type="checkbox"/> Professionista iscritto all’albo e alla Cassa in regime forfettario , ai sensi della Legge 190/2014 e s.m.i.	A.2

<input type="checkbox"/> Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime ordinario Iscritto alla Gestione separata INPS legge 335/1995	B
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime forfettario , ai sensi della L. 190/2014 e s.m.i.	B.2

<input type="checkbox"/> L’attività didattica 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
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Sezione 2.2

<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	D
----------------------------------------------	----------

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

Allegare sempre copia di un documento di identità in corso di validità

SEZIONE 3 ALTRI 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)

3.1 DI ESSERE DIPENDENTE: (non sono lavoratori dipendenti borsisti, dottorandi e assegnisti di ricerca, i collaboratori coordinati e continuativi)	PUBBLICO	Ente: _____
		Codice Fiscale: _____
	PRIVATO (indicare datore di lavoro)	
	A TEMPO DETERMINATO dal/...../.....	al
A TEMPO INDETERMINATO dal/...../.....		
IN ASPETTATIVA dal/...../.....	al/...../.....

3.2	DI ESSERE TENUTO ALL'ISCRIZIONE PRESSO LA GESTIONE SEPARATA (barrare la voce che interessa):	
	<input type="checkbox"/>	INPS , di cui all'art. 2 c. 26 della L. n. 335/95
	<input type="checkbox"/>	ENPAPI

3.3	DI AVERE DIRITTO ALL'APPLICAZIONE IN MISURA RIDOTTA DEL CONTRIBUTO INPS gestione separata o ENPAPI gestione separata in quanto (barrare la voce che interessa):	
	<input type="checkbox"/>	titolare di pensione diretta a partire dal _____
	<input type="checkbox"/>	titolare di pensione indiretta o reversibilità a partire dal _____
	<input type="checkbox"/>	iscritto alla cassa previdenziale di categoria: _____ (indicare descrizione come da tabella indicata nella Guida alla compilazione - paragrafo 3.3)

3.4	DI ESSERE ESCLUSO DALL'OBBLIGO DEL CONTRIBUTO INPS GESTIONE SEPARATA O ENPAPI GESTIONE SEPARATA in quanto (barrare la voce che interessa):	
	<input type="checkbox"/>	ha superato per il corrente anno il massimale di reddito annuo imponibile di € 120.607,00 , (in tale importo non rientrano i redditi da pensione o lavoro dipendente, ma solo quelli derivanti da lavoro autonomo o assimilato)

3.5	CHE ALLA DATA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE:																															
	<input type="checkbox"/>	HA PERCEPITO o PREVEDE DI PERCEPIRE le seguenti retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche SUPERANDO il limite retributivo di € 240.000,00 , con i seguenti Enti:																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ENTE</th> <th>Natura incarico/rapporto</th> <th>Durata Dalal....</th> <th>Importo totale</th> <th>Importo annuo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		ENTE	Natura incarico/rapporto	Durata Dalal....	Importo totale	Importo annuo																									
ENTE	Natura incarico/rapporto	Durata Dalal....	Importo totale	Importo annuo																												

SEZIONE 3 ALTRI 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)

3.6	DETRAZIONE LAVORO DIPENDENTE SI RICHIEDE:	<input type="checkbox"/> LA NON APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI perché godute presso altro sostituto d'imposta
	<input type="checkbox"/> L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI perché non godute presso altro sostituto d'imposta	
NOTA BENE: In caso di mancata scelta verranno applicate le detrazioni assimilate a lavoro dipendente	L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI IN MISURA FISSA IN QUANTO UNICO REDDITO PERCEPITO NELL'ANNO SOLARE NON SUPERIORE A 15.000 EURO	

3.7	CODICE FISCALE DEL CONIUGE Dato obbligatorio se il coniuge è a carico	_____
	CONIUGE A CARICO dal / /	

3.8	DETRAZIONI PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO NOTA BENE: Le detrazioni per familiari a carico (figli superiori a 21 anni e altri familiari) possono essere richieste se non già applicate da altro datore di lavoro	FAMILIARI A CARICO: Indicare i dati di tutti i familiari a carico, con relativa percentuale di carico, compresi i figli inferiori di 21 anni, per i quali non si ha diritto alle detrazioni in quanto viene erogato l'assegno unico universale																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Relazione di parentela (*)</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Codice Fiscale</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Data di nascita (gg/mm/aaaa)</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">% di detrazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> F</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> F</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> F</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> F</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">_____</td> </tr> </tbody> </table>	Relazione di parentela (*)	Codice Fiscale	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	% di detrazione	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	_____	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	_____	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	_____	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D
Relazione di parentela (*)	Codice Fiscale	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	% di detrazione																	
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	_____																	
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	_____																	
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	_____																	
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	_____																	

3.9	ALIQUOTA IRPEF SI RICHIEDE Dato facoltativo	L'APPLICAZIONE DELL'ALIQUOTA IRPEF MASSIMA PARI AL % (le aliquote superiori al 23% attualmente in vigore sono: 35%, 43%)
-----	-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.10	TRATTAMENTO INTEGRATIVO L. 21/2020 SI RICHIEDE: NOTA BENE: In caso di mancata scelta verrà applicato il trattamento integrativo	LA NON APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI ALLA LEGGE 21/2020 qualora abbia percepito un reddito complessivo superiore a 28.000 € o qualora usufruisca del trattamento integrativo presso altro datore di lavoro
	L'APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI ALLA LEGGE 21/2020 per i redditi complessivi non superiori a 28.000 €, qualora l'imposta lorda determinata sui redditi sia di importo superiore a quello della detrazione spettante ai sensi dell'articolo 13, comma 1, del citato testo unico delle imposte sui redditi, diminuita dell'importo di 75 € rapportato al periodo di lavoro nell'anno.	

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)

<p>Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritieri di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati nella presente sezione ed a rimborsare integralmente l'Università nei casi in cui questa venga sanzionata dagli Enti preposti a causa della mancata/non tempestiva/incompleta/inesatta comunicazione della variazione dei dati dichiarati</p>

Informazioni sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali da essi forniti o comunque acquisiti dall'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna è finalizzato all'erogazione dei compensi e alla gestione delle relative operazioni e attività connesse.

I dati saranno trattati da soggetti specificatamente autorizzati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è indispensabile per consentire l'erogazione dei compensi e l'eventuale rifiuto a fornirli può precludere tale attività.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del citato Regolamento 2016/679, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, nonché di opporsi al loro trattamento e richiederne la portabilità, rivolgendo le richieste all'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna all'indirizzo privacy@unibo.it.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Il titolare del trattamento dei dati è l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna (sede legale: via Zamboni n. 33, 40126 - Bologna, Italia; e-mail: privacy@unibo.it; PEC: scriviunibo@pec.unibo.it).

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati personali sono: sede legale: via Zamboni n. 33, 40126 - Bologna, Italia; e-mail: dpo@unibo.it; PEC: scriviunibo@pec.unibo.it.

Per maggiori informazioni si prega di consultare il sito www.unibo.it/privacy.

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)