|  |
| --- |
| ID DG |
|  |
| Reg. n° |
| U.A. S. 300  |



**PRESTAZIONE RICEVUTA ATTIVITÀ DI LAVORO AUTONOMO NON ABITUALE**

**SOGGETTI RESIDENTI E NON RESIDENTI (Validità anno 2022)**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Surname and Name

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Place and date of birth

RESIDENZA VIA E CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fiscal code **(Allegare copia Codice Fiscale italiano VALIDO e rilasciato dalle autorità competenti)**

PERIODO DI SOGGIORNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto Prestazione:**

Per prestazione di lavoro autonomo concernente Visiting professor year……

Il sottoscritto **DICHIARA** di non esercitare attività e/o professione che diano luogo a redditi di lavoro autonomo abituale e che la prestazione di cui sopra rientra nelle ipotesi previste dall’art. 67, comma 1, lettera l), del DPR. 917/1986 e pertanto non è rilevante IVA per carenza dei presupposti di cui all’art. 5 del DPR. 633/1972. Agli effetti dell’applicazione del contributo INPS Gestione Separata, previsto dall’art. 2, comma 26, della Legge 335/1995 e dall’art. 44, comma 2, della Legge 24/11/2003 n. 326 di conversione del Decreto Legge 269/2003 allega alla presente apposita dichiarazione per verifica del superamento della franchigia di € 5.000,00.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Descrizione** | **Parziale****Importo** | **Totale****Importo** |
| **A** | **Compenso lordo** | **=** | **=** |
| **B** | Quota 1/3 contributo INPS a carico prestatore nei limiti dello scaglione e/o massimale - (**“A”** / 100 \* 24% o 32,72%) / 3 = |  | **=** |
| **C** | Ritenuta alla Fonte **30%** (Soggetti Non Residenti) art. 25 del D.P.R. 600/1973  |  | **=** |
| **D** | **Netto da corrispondere**  |  **=** |

Chiedo che i suddetti compensi mi siano accreditati presso la Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_\_\_\_\_ C/C n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice IBAN** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Codice SWIFT/BIC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice ABA1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1 codice banca del beneficiario richiesto per pagamenti verso gli USA

Roma, (data) FIRMA Visiting professor (Signature)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*

Pagamento da addebitare sui fondi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Il titolare dei fondi di ricerca***

***FIRMA* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*\*\***

IL RAD

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_