|  |
| --- |
| Marca da bollo  € 2,00 |

Marca da Bollo sull’originale € 2,00

(*se l’importo alla lettera "C" supera € 77,47*)

**PRESTAZIONE EFFETTUATA**

**ATTIVITA’ DI LAVORO AUTONOMO (Validità anno 2019)**

**Dati Prestatore**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |

**Dati Committente**

|  |
| --- |
| Università Tor Vergata  Di.pto ALEF  Via Columbia 1 00133 Roma  Codice Fiscale 80213750583  Partita IVA 02133971008 |

**Natura dell’attività:** .............................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

**Per prestazione ultimata si richiede il compenso al costo totale -** *comprensivo delle ritenute a carico dell'Amministrazione -*  **di €** ............................

IBAN: .................................................................................................................

codice bic e swift: ....................................................................................................

 **Dichiaro che il conto di cui sopra è dedicato ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136**

Il sottoscritto dichiara di non esercitare attività e/o professione che danno 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 Novembre 2003 n. 326 di conversione del Decreto Legge 269/2003 **dichiaro di superare la franchigia di €. 5.000,00 / dichiaro di non superare la franchigia di €. 5.000,00.**

(Indicare con una barra se si supera o no la franchigia annuale)

Se dal 1/1/202..... ad oggi ha percepito per attività occasionali MENO di € 5.000,00, barrare NON SUPERARE

Roma, ................................. Firma prestatore

…………………………………

Si autorizza per prestazione effettuata

Il titolare dei fondi

. Visto il Direttore del Dip.to ……………………………………. (Il prof. Emore Paoli)

…………………………………..

**COMPILAZIONE IMPORTI A CURA DELLA SEGRETERIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Descrizione*** | ***Importo*** |  |
| **D** | **Compenso lordo comprensivo delle spese** |  |  |
| **C** | **Imponibile fiscale** |  |  |
| **F** | Rit. Fiscali (R.A.)c/dip.te 20% (30% non res. Italia) |  | REV |
| **E** | **Netto da corrispondere** |  | MAN |
| **A** | Rit. assistenziali c/amm.ne (irap) 8,5% |  | REV  MAN |
| **T** | **Costo totale c/amm.ne** |  |  |