



Marca  
Da  
Bolli  
€ 2,00

Spett./le Università per Stranieri di Perugia  
Piazza Fortebraccio, 4  
06122 Perugia

**Notula di prestazione di lavoro occasionale**  
(ATTIVITA' DI LAVORO AUTONOMO NON ABITUALE SOGGETTI NON RESIDENTI)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_ email<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale

Descrizione incarico \_\_\_\_\_

periodo incarico \_\_\_\_\_ Contratto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Compenso lordo (a) € \_\_\_\_\_

Rimborso Spese documentate (b) € \_\_\_\_\_

**Totale Compenso e rimborsi (a+b) € \_\_\_\_\_**

Ritenuta d'acconto 30% (su a+b) € \_\_\_\_\_

Ritenuta previdenziale<sup>2</sup> (su a) € \_\_\_\_\_

**Totale netto da pagare € \_\_\_\_\_**

DICHIARA

che il reddito percepito nell'anno fino alla data del ..... relativo alle attività di lavoro autonomo occasionale complessivamente svolte anche a favore di altri committenti, compreso il compenso relativo al presente incarico (barrare una delle tre ipotesi):

non supera il limite annuo lordo di € 5.000,00

supera il limite annuo lordo di € 5.000,00 e il presente compenso e' soggetto per intero al contributo inps

<sup>1</sup> L'email indicata verrà utilizzata per ogni comunicazione relativa al compenso, compreso l'invio della certificazione fiscale

<sup>2</sup> Si deve indicare solo se ricorre l'ipotesi di cui al punto B. La ritenuta si calcola nella misura di 1/3 del contributo previdenziale dovuto, risultante applicando l'aliquota di cui ai punti B1, B2 alla quota del compenso lordo complessivamente percepito che eccede i 5.000,00 euro (che costituiscono la fascia di esenzione).



supera il limite annuo lordo di € 5.000,00, per un importo di € ..... e quindi il presente compenso è soggetto al contributo inps per tale importo

**ALIQUOTA INPS** ( barrare la relativa casella nel caso in cui il compenso sia soggetto al contributo previdenziale ):

di essere soggetto all'aliquota del 24% del contributo inps fino a concorrenza del massimale di legge, in quanto iscritto ad un'altra copertura previdenziale obbligatoria nel periodo cui si riferisce la contribuzione (periodo del rapporto di collaborazione e periodo di imposta al quale il versamento si riferisce) o in quanto titolare di pensione diretta (ad es. pensione di vecchiaia, anzianità, invalidità, ecc.) o indiretta (ad es. pensione di reversibilità).

di essere soggetto all'aliquota del 33,72% del contributo inps fino a concorrenza del massimale di legge, in quanto non titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria per la quale non è prevista la contribuzione aggiuntiva dis-coll nel periodo cui si riferisce la contribuzione (periodo del rapporto di collaborazione e periodo di imposta al quale il versamento si riferisce).

di essere soggetto all'aliquota del 34,23% del contributo inps fino a concorrenza del massimale di legge, in quanto non titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria per la quale è prevista la contribuzione aggiuntiva dis-coll nel periodo cui si riferisce la contribuzione (periodo del rapporto di collaborazione e periodo di imposta al quale il versamento si riferisce)  
dichiara

**DICHIARA** inoltre di non rivestire la qualifica di soggetto IVA agli effetti degli art. 1, 4 e 5 del D.P.R. 633/72 e successive modificazioni.

Modalità di pagamento:

per cassa (max € 999,99) direttamente c/o la filiale Unicredit S.p.A.

accredito sul c/c bancario indicato nel modo seguente (codice IBAN):

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

Nazione	Codice controllo	CIN	ABI	CAB	Numero c/c
2 lettere	2 cifre	1 lettera	5 cifre	5 cifre	12 caratteri

accredito CON BONIFICO ESTERO:

Banca \_\_\_\_\_ numero c/c \_\_\_\_\_

Iban \_\_\_\_\_

<b>CODICE SWIFT/BIC</b>	_____
-------------------------	-------



Università  
per Stranieri  
di Perugia

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità la veridicità di quanto sopra indicato e si impegna a comunicare tempestivamente le variazioni intervenute in merito alla propria posizione reddituale e previdenziale.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Marca da bollo sull'originale € 2,00  
(se l'importo a+b supera € 77,47)