



Marca
Da
Bolli
€ 2,00

Spett/le Università per Stranieri di Perugia
Piazza Fortebraccio, 4
06122 Perugia
P.I. 01202780548
C.F. 80002630541

Notula di prestazione di lavoro occasionale

(ATTIVITA' DI LAVORO AUTONOMO NON ABITUALE SOGGETTI RESIDENTI)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap _____

via _____

Tel/Cell _____ email¹ _____

Cod. Fiscale

Descrizione incarico _____

periodo incarico _____ Contratto n. _____ del _____

Compenso lordo Percipiente (a) € _____

Rimborso Spese documentate (b)² € _____

Totale Compenso e rimborsi (a+b) € _____

Ritenuta d'acconto 20% (su a+b) € _____

Ritenuta previdenziale (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

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

¹ L'email indicata verrà utilizzata per ogni comunicazione relativa al compenso, compreso l'invio della Certificazione Unica

² In caso di solo rimborso spese l'importo non è assoggettato a ritenuta d'acconto.



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 direversibilità).

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 e' prevista la contribuzione aggiuntiva dis-coll nel periodo cui si riferisce la contribuzione (periodo del rapporto dicollaborazione e periodo di imposta al quale il versamento si riferisce).

di essere soggetto all'aliquota del 35,03% del contributo inps fino a concorrenza del massimale di legge, in quanto non titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria per la quale e' prevista la contribuzione aggiuntiva dis-coll nel periodo cui si riferisce la contribuzione (periodo del rapporto dicollaborazione e periodo di imposta al quale il versamento si riferisce)

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:

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

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)