

Spett.le

ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

Piazzale Spedali Civili, 1

25100 BRESCIA

OGGETTO DELL'INCARICO: _____

STRUTTURA DI ASSEGNAZIONE: _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Via _____

domiciliato/a (se diverso della residenza) _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Recapito telefonico presso la nostra Struttura _____ n° cell. _____

indirizzo mail personale (obbligatorio): _____

indirizzo PEC (eventuale): _____

CHIEDE

che tutte le somme a suo favore vengano accreditate sul c/c bancario n. _____ della

Banca _____ presso l'Agenzia di _____

cod. CAB _____ cod. ABI _____ IBAN _____ intestato al sottoscritto.

DICHIARA INOLTRE

- 1.** Di essere dipendente da _____ (1) in servizio presso l'ufficio _____ Via _____ Località _____ CAP _____ Codice Fiscale _____ e di aver svolto un incarico in relazione a tale qualità.

- 2.** Di essere **lavoratore autonomo** e di rilasciare regolare fattura intestata a: _____ ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA.
- In REGIME ORDINARIO
 - In REGIME FORFETARIO Legge 190/2014 come modificata da L. 208/2015 (si allega dichiarazione)
 - In REGIME AGEVOLATO (imprenditoria giovanile) ex art. 27 comma 1 e 2 DL 98/2011 (si allega dichiarazione)

Dichiara inoltre di voler ricevere gli ordini con una delle seguenti modalità:

- PEC (in tal caso compilare l'apposito spazio sopra)
- Codice SDI: _____

- 3.** Di aver svolto **Prestazioni Occasionali** ai sensi dell'art.25 DPR 29.9.1973 n. 600 e art. 81 lett. L DPR 22.12.86 n. 917 (non soggetta a IVA ai sensi dell'art. 5 DPR 26.10.1972 n. 633 e s.m.).
dichiara:
- di avere
 - di non avere

Superato il limite di €. 5.000,00 annui previsti dall'art. 44 del D.L. 269/2003 per l'iscrizione alla gestione separata INPS e di impegnarsi a comunicare **tempestivamente** l'eventuale superamento del limite successivamente alla costituzione del rapporto.

- 4.** Il/La sottoscritto/a chiede di applicare la convenzione approvata con Legge n. _____ del _____ tra Italia e _____ contro le doppie imposizioni fiscali e dichiara di non disporre abitualmente in Italia di una base fissa per l'esercizio della sua attività.(2)
Codice di identificazione fiscale _____ Stato Estero di Residenza _____
ALLEGA CERTIFICATO CHE ATTESTA LA RESIDENZA NELLO STATO ESTERO.

- 5.** Di svolgere attività di **collaborazione coordinata e continuativa** ai sensi dell'art. 49, 2° comma del DPR 917/86 e successive modificazioni e di **allegare apposita dichiarazione** relativa alla posizione contributiva (INPS O ALTRO).

Distinti Saluti.

(firma)

Lì

1. L'indicazione è obbligatoria per dipendenti da Enti pubblici e da Amministrazioni statali

2. Per i soli docenti stranieri