BOLLO

EURO 2,00 (Bollo da applicare se il compenso lordo è superiore a euro 77.47)

ALLEGATO "C"

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "SAN LUIGI GONZAGA"
CORSO DI STUDIO IN TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA fcl-trp-to@unito.it
MODULO DI RICHIESTA COMPENSO PER DOCENTI ESTERNI (Dipendenti di altri Enti Pubblici)

ATTIVITA' DIDATTICA FORMALE ☐
ATTIVITA' DI COMPLEMENTO ALLA DIDATTICA ☐
ATTIVITA' SEMINARIALE ☐
(barrare la voce di interesse)

COGNOME _____NOME_____

DATA DI NASCITA |__|__|/__|__/|__|__|__|__| LUOGO DI NASCITA_____

RESIDENTE A_____ C.A.P. _____

VIA/C.SO/PIAZZA_____N. _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-MAIL _____CELL._____

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE_____AI FINI DELL'EVENTUALE VERSAMENTO DELLA RELATIVA CASSA PREVIDENZIALE ALL'ENPAPI.

Insegnamento/ Seminario deliberazione n. _____ del_____

ANNO DI CORSO _____ SEMESTRE _____ _____A. A._____

ORE N. _____ X €. 25.82 (personale dipendente del S.S.N. fuori orario di servizio) **€.** _____

+ Bollo €. _____

TOTALE €. _____

DA COMPILARE A CURA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN LUIGI GONZAGA :

RITENUTA ENAPI **€.** _____

ONERI ENPAPI **€.** _____

RITENUTA D'ACCONTO DA DEDURRE 20% **€.** _____

TOTALE NETTO €. _____

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA _____ AGENZIA N. _____

Indirizzo_____COMUNE_____

IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DICHIARA di essere dipendente presso _____

DICHIARA che la suddetta attività è iniziata il |__|__|/__|__/|__|__|__|__| e terminata il |__|__|/__|__/|__|__|__|__|

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, che quanto dichiarato è corrispondente a verità.

Orbassano, lì _____

_____
(firma del richiedente)

Per presa visione, si autorizza

Il Coordinatore
Dott.ssa Adriana **COLOMBO**

Il Presidente
Prof. Luca **OSTACOLI**

_____ _____