

BOLLO  
EURO  
2,00

(Bollo da applicare se il compenso lordo è superiore a euro 77.47)

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "SAN LUIGI GONZAGA"  
CORSO DI STUDIO IN TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA [fc1-trp-to@unito.it](mailto:fc1-trp-to@unito.it)  
**MODULO DI RICHIESTA COMPENSO PER PRESTAZIONI OCCASIONALI DI LAVORO AUTONOMO E  
QUINDI **NON** IN POSSESSO DI PARTITA IVA**

ATTIVITA DI 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 DEL VERSAMENTO DELLA RELATIVA CASSA PREVIDENZIALE ALL'ENPAPI:

- da compilare SOLO CHI E' INFERMIERE DIPENDENTE BARRANDO LA VOCE:

**SI** (quindi assicurati presso altra forma di previdenza obbligatoria o titolari di trattamento pensionistico)

- da compilare SOLO CHI E' INFERMIERE **NON** LAVORATORE SUBORDINATO O LAVORATORE OCCASIONALE O IN CERCA DI OCCUPAZIONE BARRANDO LA VOCE:

**NO** (quindi **non** assicurati presso altra forma di previdenza obbligatoria o **non titolari** di trattamento pensionistico)

Insegnamento/ Seminario deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

ANNO DI CORSO \_\_\_\_\_ SEMESTRE \_\_\_\_\_ A. A. \_\_\_\_\_

ORE N. \_\_\_\_\_ X € 25.82 = € \_\_\_\_\_

+ Bollo = € \_\_\_\_\_

**TOTALE** € \_\_\_\_\_

**RITENUTA D'ACCONTO DA DEDURRE 20%** € \_\_\_\_\_

**TOTALE NETTO** € \_\_\_\_\_

Operazione esclusa dal campo di applicazione IVA per mancanza di presupposto soggettivo ai sensi dell'art. 5, D.P.R. 633/72;

**DA COMPILARE SOLO CHI NON E' INFERMIERE**

BARRANDO LA VOCE DI INTERESSE SPECIFICANDO L'ANNO DEL PERIODO D'IMPOSTA

Compenso rientrante tra i redditi diversi ai sensi dell'art. 81, comma 1, lettera L, del D.P.R. 917/86:

- DICHIARA** di aver percepito, nel periodo d'imposta \_\_\_\_\_ redditi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 81, comma 1, lettera L, del D.P.R. 917/86 per un importo **NON SUPERIORE** a 5.000 euro.
- DICHIARA** di aver percepito, nel periodo d'imposta \_\_\_\_\_ redditi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 81, comma 1, lettera L, del D.P.R. 917/86 per un importo **SUPERIORE** a 5.000 e fino a 119.650,00 (33,72%) e di **NON ESSERE** iscritto ad altra gestione di previdenza obbligatoria.
- DICHIARA** di aver percepito, nel periodo d'imposta \_\_\_\_\_ redditi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art. 81, comma 1, lettera L, del D.P.R. 917/86 per un importo **SUPERIORE** a 5.000 e fino a 119.650,00 e di **ESSERE** iscritto ad altra gestione di previdenza obbligatoria o titolare di pensione diretta o indiretta (24%).

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA \_\_\_\_\_ AGENZIA N. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**IBAN** | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

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

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

Per presa visione, si autorizza \_\_\_\_\_

Il Coordinatore  
Dott.ssa Adriana **COLOMBO**

Il Presidente  
Prof. Luca **OSTACOLI**

\_\_\_\_\_  
Spazio riservato al Corso di Studio in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica