

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 2 "BASSA FRIULANA – ISONTINA"  
VIA VITTORIO VENETO N. 174 – 34170 GORIZIA**

**PRESTAZIONI RESE DA PERSONALE NON DIPENDENTE DELLA A.S.S. N. 2  
"BASSA FRIULANA – ISONTINA"  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - art. 46 D.Lgs. 28.12.2000, n. 445**

**REDDITO ASSIMILATO A LAVORO DIPENDENTE  
ai sensi dell'art. 50, c. 1 lett. b) del D.P.R. 917/86 (già art. 47 c1, lett. b)**

**Il sottoscritto**

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

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Citta' \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445**

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità di essere dipendente di \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

in qualità di: \_\_\_\_\_

part - time:    SI        NO

Attività di \_\_\_\_\_

svolta nell'ambito di \_\_\_\_\_

Pagamento da effettuarsi a mezzo:

a) assegno traenza/quietanza da inviare alla residenza

b) bonifico bancario su c/c tenuto presso la Banca \_\_\_\_\_

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO CORRENTE

ATTENZIONE! Il codice IBAN è composto da 27 caratteri: tutti i campi devono essere compilati.

Firma del dichiarante

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 2 "BASSA FRIULANA – ISONTINA"**  
**VIA VITTORIO VENETO N. 174 – 34170 GORIZIA**

**PRESTAZIONI RESE DA PERSONALE NON DIPENDENTE DELLA A.S.S. N. 2**  
**"BASSA FRIULANA – ISONTINA"**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE – art.46 D.Lgs 28.12.2000, n.445**

**REDDITO DI LAVORO AUTONOMO NON ESERCITATO ABITUALMENTE**

ai sensi dell'art. 67, c.1, lett. l) del D.P.R. 917/86 (già art. 81, c.1 lett. l) - art.2222 c.c.

**LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE DA CUI DERIVA UN REDDITO COMPLESSIVO ANNUO FINO A € 5.000,00**  
**art. 44, c.2, D.L. n. 269/2003 conv. L. 326/2003**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità,**

**DICHIARA**

1) di non essere soggetto ad I.V.A., in quanto le prestazioni in oggetto non rientrano nell'esercizio della professione abituale, ancorchè non esclusiva, che dia luogo, ai sensi dell'art.5 del D.P.R. 26.10.72 n.633 e successive modificazioni, all'obbligo dell'assolvimento dell'imposta;

2) di non superare il limite di € 5.000,00 annui, comprensivi di altre committenze;

3) di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale superamento del limite di € 5.000,00 annui.

4) di essere dipendente della P.A. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ cod. fisc.: \_\_\_\_\_

COMPETENZE E SPESE per l'attività di \_\_\_\_\_

svolta nell'ambito di: \_\_\_\_\_

COMPENSO LORDO: per \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

rimborso spese documentate: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

rimborso spese forfettarie: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Pagamento da effettuarsi a mezzo:

a) assegno traenza/quietanza da inviare alla residenza: \_\_\_\_\_

b) accredito presso l'Istituto di credito: \_\_\_\_\_

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO CORRENTE

ATTENZIONE! Il codice IBAN è composto da 27 caratteri: tutti i campi devono essere compilati.

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

Se l'importo totale supera i 77,47 va applicata la marca da bollo di € 2,00  
NO iscrizione INPS e INAIL

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 2 "BASSA FRIULANA – ISONTINA"  
VIA VITTORIO VENETO N. 174 – 34170 GORIZIA**

**PRESTAZIONI RESE DA PERSONALE NON DIPENDETE DELLA A.S.S. N. 2  
"BASSA FRIULANA – ISONTINA"**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - art. 46 D.Lgs.28.12.2000, n. 44**

**REDDITO DI LAVORO AUTONOMO NON ESERCITATO ABITUALMENTE**  
ai sensi dell'art. 67, c.1, lett. l) del D.P.R. 917/86 (già art. 81, c.1 lett. l) - art.2222 c.c

**LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE DA CUI DERIVA UN REDDITO COMPLESSIVO ANNUO SUPERIORE A € 5.000,00**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità,**

**DICHIARA**

1) di non essere soggetto ad I.V.A., in quanto le prestazioni in oggetto non rientrano nell'esercizio della professione abituale, ancorchè non esclusiva, che dia luogo, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 633/72 e successive modificazioni, all'obbligo dell'assolvimento dell'imposta

2) ai fini dell'applicazione dell'aliquota contributiva applicabile, dichiara, inoltre, \_\_\_\_\_ (barrare la lettera che interessa)  
a) di essere iscritto alla GESTIONE SEPARATA INPS di cui all'art. 2, c. 26, della legge n. 335/1995 e di essere privo di altra tutela previdenziale obbligatoria;

b) di essere titolare di pensione diretta con iscrizione alla Gestione Separata INPS

c) di essere iscritto alla Gestione Separata e di essere soggetto ad altra tutela previdenziale obbligatoria:

\_\_\_\_\_, in quanto lavoratore / dipendente : \_\_\_\_\_

d) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati sopra indicati.

COMPETENZE E SPESE per l'attività di \_\_\_\_\_

svolta nell'ambito di : \_\_\_\_\_

COMPENSO LORDO: per \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

rimborso spese documentate: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

rimborso spese forfettarie: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Pagamento da effettuarsi a mezzo:

a) assegno traenza/quietanza da inviare alla residenza: \_\_\_\_\_

b) accredito presso l'Istituto di credito: \_\_\_\_\_

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO CORRENTE

ATTENZIONE! Il codice IBAN è composto da 27 caratteri: tutti i campi devono essere compilati.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

Se l'importo totale supera i 77,47 va applicata la marca da bollo di € 2,00  
NO iscrizione INAIL - con iscrizione INPS Gestione separata ex L. n. 335/95

FORFETTARIO

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 2 BASSA FRIULANA - ISONTINA**

VIA VITTORIO VENETO 174 - 34100 GORIZIA

PRESTAZIONI RESE DA PERSONALE NON DIPENDENTE DELL'A.A.S. n. 2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - art. 46, lett. o) p) q) del D.Lgs.28.12.2000, n. 445

**REDDITO DA LAVORO AUTONOMO**  
ai sensi dell'art.53 comma 1 del DPR 917/86 (già art.49)

**REGIME FORFETTARIO AI SENSI DELL'ART. 1, commi 55 e segg. della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 e s.m.e i.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,**

**DICHIARA**

di essere titolare di PARTITA IVA n. \_\_\_\_\_

- 1) di svolgere attività ex art. 53, c. 1, del DPR 917/86
- 2) di essere in possesso dei requisiti indicati all'art.1, commi 96 e 99, della legge 24 dicembre 2007, n. 244
- 3) di avvalersi del regime fiscale di vantaggio in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 27, commi 1 e 2, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111
- 4) di impegnarsi a comunicare le eventuali variazioni rispetto alla classificazione indicata;

Chiede che il pagamento sia effettuato a mezzo:

- a) assegno traenza/quietanza da inviare alla residenza
- b) bonifico bancario su c/c tenuto presso la Banca \_\_\_\_\_

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO CORRENTE

ATTENZIONE! Il codice IBAN è composto da 27 caratteri: tutti i campi devono essere compilati.

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_ Firma leggibile del dichiarante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

esente da imposta di bollo ai sensi art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445  
Codice Unico Ufficio per fattura elettronica UFUC4W

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 2 "BASSA FRIULANA – ISONTINA"  
VIA VITTORIO VENETO N. 174 – 34170 GORIZIA**

**PRESTAZIONI RESE DA PERSONALE NON DIPENDENTE DELL'A.S.S. n. 2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - art. 46 D.Lgs.28.12.2000, n. 445**

**REDDITO DI LAVORO AUTONOMO NON ESERCITATO ABITUALMENTE**  
ai sensi dell'art. 67, c.1, lett. l) del D.P.R. 917/86 (già art. 81, c.1 lett. l) - art.2222 c.c.

**LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE DA CUI DERIVA UN REDDITO COMPLESSIVO ANNUO SUPERIORE A €  
5.000.00**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.  
76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, stoot la propria responsabilità**

**DICHIARA**

- a) di **non essere soggetto ad I.V.A.**, in quanto le prestazioni in oggetto non rientrano nell'esercizio della professione abituale, ancorchè non esclusiva, che dia luogo, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 633/72 e successive modifiche;
- b) di **essere soggetto a iscrizione previdenziale obbligatoria ENPAM** in virtù della particolare competenza professionale.

COMPETENZE E SPESE per l'attività di \_\_\_\_\_  
svolta nell'ambito di : \_\_\_\_\_

COMPENSO LORDO: per \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
rimborso spese documentate: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
rimborso spese forfettarie: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Pagamento da effettuarsi a mezzo:

- a) assegno traenza/quietanza da inviare alla residenza: \_\_\_\_\_  
b) accredito presso l'Istituto di credito: \_\_\_\_\_

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO CORRENTE

ATTENZIONE! Il codice IBAN è composto da 27 caratteri: tutti i campi devono essere compilati.

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 2 "BASSA FRIULANA – ISONTINA"**  
**VIA VITTORIO VENETO N. 174 – 34170 GORIZIA**

**PRESTAZIONI RESE DA PERSONALE NON DIPENDENTE DELL'A.S.S. n. 2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - art. 46 D.Lgs.28.12.2000, n. 445**

**REDDITO DA COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA**

**reddito assimilato al reddito da lavoro dipendente ai sensi dell'art. 50, c.1, lett. C-bis (già art.47 lett. C bis) del TUIR - D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

1) di non essere soggetto ad I.V.A., in quanto le prestazioni in oggetto non rientrano nell'esercizio della professione abituale, ancorchè non esclusiva, che dia luogo, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 633/72 e successive modificazioni, all'obbligo dell'assolvimento dell'imposta

2) ai fini dell'applicazione dell'aliquota contributiva applicabile, dichiara, inoltre, (barrare la lettera che interessa)

a) di essere iscritto alla GESTIONE SEPARATA INPS di cui all'art. 2, c. 26, della legge n. 335/1995 e di essere privo di altra tutela previdenziale obbligatoria;

b) di essere titolare di pensione diretta, con iscrizione alla Gestione Separata INPS

c) di essere iscritto alla Gestione Separata e di essere soggetto al altra tutela previdenziale obbligatoria:

d) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati sopra indicati.

COMPETENZE E SPESE per l'attività di \_\_\_\_\_

svolta nell'ambito di : \_\_\_\_\_

COMPENSO LORDO: per \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

rimborso spese documentate: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

rimborso spese forfettarie: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Pagamento da effettuarsi a mezzo:

a) assegno traenza/quietanza da inviare alla residenza: \_\_\_\_\_

b) accredito presso l'Istituto di credito: \_\_\_\_\_

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO CORRENTE

ATTENZIONE! Il codice IBAN è composto da 27 caratteri: tutti i campi devono essere compilati.

Firma del dichiarante

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 2 "BASSA FRIULANA – ISONTINA"  
VIA VITTORIO VENETO N. 174 – 34170 GORIZIA**

**PRESTAZIONI RESE DA PERSONALE NON DIPENDENTE DELL'A.S.S. n. 2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - art. 46 D.Lgs.28.12.2000, n. 445**

**REDDITO DA LAVORO AUTONOMO  
ai sensi dell'art.53 comma 1 del DPR 917/86 (già art.49)**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate  
dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,**

**DICHIARA**

di essere titolare di PARTITA IVA n. \_\_\_\_\_

**di svolgere attività ex art. 53, c. 1, del DPR 917/86**

**per la quale emetterà regolare fattura**

Pagamento da effettuarsi a mezzo:

a) assegno traenza/quietanza da inviare alla residenza

b) bonifico bancario su c/c tenuto presso la Banca \_\_\_\_\_

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO CORRENTE

ATTENZIONE! Il codice IBAN è composto da 27 caratteri: tutti i campi devono essere compilati.

**Se l'importo totale, NON SOGGETTO ALL'IMPOSTA, supera €. 77,47 va applicata la marca da bollo di €. 2,00.=**

No iscrizione INAIL e INPS

Firma del dichiarante

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 2 "BASSA FRIULANA – ISONTINA"**  
**VIA VITTORIO VENETO N. 174 – 34170 GORIZIA**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

DICHIARA

inoltre, che, in realzione all'incarico conferito, ha effettuato le segueti trasferte nei giorni indicati:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

usando il mezzo: proprio / pubblico

a) mezzo proprio da: \_\_\_\_\_

a: \_\_\_\_\_

Km. \_\_\_\_\_

b) rimborso spese albergo:

c) biglietto ferroviario/ autolinea

d) altre (specificare):

pedaggio autostrada: \_\_\_\_\_

Palmanova, li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_