|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| QUALIFICA | PERITO CONSULENTE | | | | |
| **COGNOME E NOME** | | | | LUOGO E DATA NASCITA | |
| Domicilio fiscale: | | | | | |
| Codice fiscale: | | | | fax: | |
| e-mail: | | | | Cell./tel.: | |
| **CODICE IBAN Conto Corrente intestato al beneficiario:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IT** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Postale agenzia di:  Banca agenzia di: | | | | | |
| ***REGIME FISCALE* AUTONOMO** | | | ***N. PARTITA IVA*** | | ***CASSA PREVIDENZA*** |
| Esenzione IVA e R.A. ai sensi della L. | | | | | |
| ***REGIME FISCALE*** ASSIMILATO LAVORATORE DIPENDENTE | | | | | |
| **ALIQUOTA IRPEF %** | | **ADD. REGIONALE %** | | | **ADD. COMUNALE %** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ATTIVITA’ INTRAMURARIA** (medico che esercita la libera professione nella forma intramuraria ed assume l’incarico come dipendente A.S.L. ) PRESSO L’A.S.L. o OSPEDALE | |
| P. I | SEDE: |
| **per cui autorizza il versamento del compenso liquidato su CONTO di TESORERIA UNICA:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IT** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **ATTIVITA’ IN STUDIO ASSOCIATO:** | |
| P. I | SEDE: |
| **per cui autorizza il versamento del compenso liquidato su CONTO CORRENTE codice IBAN:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IT** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **Con riferimento alla normativa in merito all’Anagrafe delle Prestazioni, si chiede cortesemente di dichiarare se si è attualmente dipendenti della Pubblica Amministrazione e, in caso di risposta affermativa, di precisare di quale ente:** | |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_