



Camera di Commercio
Roma

FORMA CAMERA
Azienda Speciale

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI SOGGETTIVITA' FISCALE

(Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 - 48 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

COGNOMENOME

CODICE FISCALEDATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITAPROV.

COMUNE DI RESIDENZAPROV.

VIA/PIAZZAC.A.P. TEL.

CELLFAX.....

E-MAIL

In relazione al conferimento dell'incarico svolto per conto di *Forma Camera*, in qualità di:

.....

DICHIARA

DI ESSERE:

1)

LAVORATORE DIPENDENTE, incaricato dalla propria Amministrazione di appartenenza, in relazione alla propria carica e/o qualifica e non a titolo personale, per cui nella fattispecie tali compensi rientrano nei **REDDITI ASSIMILATI AL LAVORO DIPENDENTE** ai sensi dell'art.50, comma 1, lett. b, D.P.R. 917/1986; (citare l'Amministrazione di appartenenza ai fini dell'applicazione dell'art. 1 comma 126 della Legge 662/96 e del controllo dell'autorizzazione ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001);

Datore di lavoro.....

Via Comune.....C.A.P.....

Si precisa inoltre che:

se tali redditi **rientrano nell'onnicomprendività del trattamento economico** percepito dal proprio datore di lavoro, sono da riversare all'Amministrazione, Ente o Società di appartenenza dietro presentazione di relativa documentazione.

Datore di lavoro.....

Via Comune.....C.A.P.....

FORMA CAMERA
Azienda Speciale della Camera di Commercio di Roma
per la Formazione Imprenditoriale
Sede: Via dell'Umiltà, 48 - 00187 Roma
Sedi operative:
- Viale dell'Oceano Indiano 17/19 - 00144 Roma
- Via Capitan Bavastro 116 - 00154 Roma
[t] +39 06 571171 - [f] +39 06 5711799
[w] www.formacamera.it - [e] info@formacamera.it
P.Iva 08801501001





Camera di Commercio
Roma

FORMA CAMERA
Azienda Speciale

2)

a) **PRESTATORE D'OPERA-CONTRATTO A PROGETTO-DOCENZA**

PRESTATORE D'OPERA

Occasionale

(Da assoggettare al contributo INPS esclusivamente se alla data di compilazione il reddito presunto superi la somma di € 5.000,00)

CONTRATTO A PROGETTO

DOCENZA

(iscrizione alla Gestione Separata INPS (SI/NO:))

b) Da assoggettare al contributo INPS del 24,00%, perché soggetto ad altra forma previdenziale obbligatoria; (**compilare l'allegato B**).

c) Da assoggettare al contributo INPS 24,00% perché titolare di pensione diretta; (**compilare l'allegato B**).

d) Da assoggettare al contributo INPS del 35,03 % per i compensi di importo pari o inferiore al tetto di € 105.014,00 perché non soggetto ad altra forma previdenziale obbligatoria. (Per la prestazione occasionale esclusivamente qualora il reddito per l'anno in corso superi la somma di € 5.000,00)

e) Da non assoggettare al contributo INPS per superamento del massimale sui compensi annui.

3) **LAVORATORE AUTONOMO - PROFESSIONISTA** ai sensi dell'art. 53, comma 1 del D.P.R.917/86, in quanto l'attività rientra nell'oggetto tipico della propria professione abituale, con l'obbligo del rilascio di fattura sul compenso:

Attività esercitata.....; P. IVA.....;

IVA + CONTRIBUTO 4% GESTIONE SEPARATA INPS (a titolo di rivalsa);

IVA senza CONTRIBUTO 4% GESTIONE SEPARATA INPS;

IVA + CONTRIBUTO 4% CASSA di PREVIDENZA;

REGIME FISCALE AGEVOLATO.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra esposto corrisponde al vero e s'impegna fin d'ora a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione (art. 76 DPR 445/2000).

Inoltre, autorizza Forma Camera ad utilizzare i dati forniti ai soli fini amministrativi, nel rispetto del diritto alla riservatezza (art. 18 e succ. del codice sulla privacy n. 196/2003).

Data

Firma



(Da compilare obbligatoriamente)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46-48 D.P.R. 445/2000
AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART 23 D.P.R. 29/1973 N. 600**

SEZ. I DETRAZIONE D'IMPOSTA AI SENSI DEGLI ARTT. 12-13 DEL DPR 917/86

Il / la sottoscritto/aCodice fiscale

Nato / a ila

Stato civile

Residente inprov.

Via

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che per l'incarico svolto presso *Forma Camera*, a decorrere dal, ha diritto alle seguenti detrazioni d'imposta:

a) per carichi di famiglia secondo quanto previsto dall'art. 12 DPR 917/86

- Coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato
- Figli a carico non portatori di handicap
- Nr..... figlio a carico di età pari o superiore a 3 anni (data nascita) al%
- Nr..... figlio a carico di età pari o superiore a 3 anni (data nascita) al%
- Nr..... figlio a carico di età pari o superiore a 3 anni (data nascita) al%
- Nr..... figlio a carico di età inferiore ai tre anni (data nascita.....) al%
- Nr..... figlio a carico di età inferiore ai tre anni (data nascita.....) al%
- Nr figli portatori di handicap (data di nascita) al.....%
- Nr..... altre persone a carico al%

b) altre detrazioni secondo quanto previsto dall'art. 13 DPR 917/86

- per lavoro dipendente ed assimilato.

c) chiede la NON applicazione delle detrazioni d'imposta

**SEZ. II APPLICAZIONE DELL'ALiquOTA MARGINALE IRPEF NELLA MISURA DEL _____% IN
LUOGO DI QUELLA PROGRESSIVA A SCAGLIONI DI REDDITO**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra esposto corrisponde al vero e s'impegna fin d'ora a comunicare entro 30 giorni ogni eventuale variazione (art. 76 DPR 445/2000).

Inoltre, autorizza Forma Camera ad utilizzare i dati forniti ai soli fini amministrativi, nel rispetto del diritto alla riservatezza (art. 18 e succ. del codice sulla privacy n. 196/2003).

Data

Firma

ALL. B

Il sottoscritto _____ comunica che nell'anno 2022 risulta essere iscritto alla seguente forma previdenziale obbligatoria:

PENSIONATI

- 001 - Pensionati di tutti gli Enti pensionistici obbligatori

ASSICURATI DI ALTRE FORME ASSICURATIVE OBBLIGATORIE

1 - I.N.P.S.

- 101 - Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti
 102 - Artigiani
 103 - Commercianti
 104 - Coltivatori Diretti, Mezzadri e Coloni
 105 - Versamenti Volontari
 106 - Versamenti Figurativi (CIG, ecc.)
 107 - Fondi Speciali

2 - I.N.P.D.A.P.

- 201 - Dipendenti Enti locali e dipendenti delle Amministrazioni dello Stato

3 - CASSE PREVIDENZIALI PROFESSIONISTI AUTONOMI

- 301 - Dottori Commercialisti
 302 - Ragionieri
 303 - Ingegneri e Architetti
 304 - Geometri
 305 - Avvocati
 306 - Consulenti del lavoro
 307 - Notai
 308 - Medici
 309 - Farmacisti
 310 - Veterinari
 311 - Chimici
 312 - Agronomi
 313 - Geologi
 314 - Attuari
 315 - Infermieri professionisti, Assistenti sanitari e Vigilatrici d'infanzia
 316 - Psicologi
 317 - Biologi
 318 - Periti Industriali
 319 - Agrotecnici, Periti Agrari
 320 - Giornalisti
 321 - Spedizionieri (sino al 31/12/1998)

4 - I.N.P.D.A.I.

- 401 - Dirigenti d'Azienda

5 - E.N.P.A.L.S.

- 501 - Lavoratori dello Spettacolo

6 - I.P.O.S.T.

- 601 - Lavoratori Poste Italiane S.p.A.

Data

Firma

DICHIARAZIONE PER I DIPENDENTI DI PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

Il / la sottoscritto/aCodice fiscale

Nato /a ila

Stato civile

Residente inprov.

Via

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che per l'incarico svolto presso *Forma Camera* è stato preventivamente autorizzato dalla propria Amministrazione ai sensi della normativa in materia (art. 53 del D.Lgs. 165/2001, nonché eventuali regolamenti della singola Amministrazione e Ente di appartenenza).

DATI IDENTIFICATIVI DELL'AMMINISTRAZIONE DI APPARTENENZA

Denominazione:.....

Indirizzo:.....

Codice Fiscale:.....

Tel.:..... Fax:.....

Data,

Firma.....

(Da compilare obbligatoriamente)

**DICHIARAZIONE RESA DAL DOCENTE ATTESTANTE L'ASSENZA DI
SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il / la sottoscritto/aCodice fiscale

Nato /a ila

Collaboratore/docente/orientatore dell'Ente Forma Camera.

relativamente all'incarico di:

- Collaboratore
- Docente
- Orientatore

nell'ambito della sua collaborazione, in qualità di docente, presso Forma Camera ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

ATTESTA

nell'ambito delle attività di l'assenza di cause di incompatibilità e/o inconferibilità, sia di diritto che di fatto nonché di situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite, ai sensi della normativa vigente.

Data,

Firma.....



Camera di Commercio
Roma

FORMA CAMERA
Azienda Speciale

ALL. E

MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA:

(barrare in alternativa la casella e completare i dati nei campi previsti)

ACCREDITO SUL C/C N.

ISTITUTO.....

cod. ABI cod. CAB.....

cod. CIN.....

Cod. IBAN

Data.....

Firma

ALLEGARE ALLA PRESENTE COPIA DI UN DOCUMENTO IN CORSO DI VALIDITA'



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

