**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI SOGGETTIVITA’ FISCALE**

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

COGNOME ……………………..………………………………….NOME ……………………………………………

CODICE FISCALE ……………..………………………………….DATA DI NASCITA …………………………….

COMUNE DI NASCITA ………………………………………………………………….PROV. …………………….

COMUNE DI RESIDENZA ………………………………………………………………PROV. …………………….

VIA/PIAZZA ……………………………………………………………C.A.P. ………… TEL. ………………………

CELL ……………………………………………………………………FAX……………………………………………

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’onnicomprensività 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……….

**2)**

1. **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: ………….)

1. Da assoggettare al contributo INPS del 24,00%, perché soggetto ad altra forma previdenziale obbligatoria; (**compilare l’allegato B**).
2. Da assoggettare al contributo INPS 24,00% perché titolare di pensione diretta; (**compilare l’allegato B**).
3. 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)
4. 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 …………..………………………

**ALL. A**

**(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/a ……………………………………………………Codice fiscale ……………………………..

Nato /a il ………………………………..a ………………………………………………………………………………

Stato civile ………………………………………………………………………………………………………………

Residente in ……………………………………………………………...prov. ………………………………………..

Via ………………………………………………………………………

**DICHIARA**

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

1. **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 ……………….%

1. **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 ……….…………………………………….

**ALL. C**

**DICHIARAZIONE PER I DIPENDENTI DI PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI**

Il / la sottoscritto/a ……………………………………………………Codice fiscale ……………………………..

Nato /a il ………………………………..a ………………………………………………………………………………

Stato civile ……………………………………………………………………………………………………………………

Residente in ……………………………………………………………...prov. ………………………………………..

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……………………………………..

**ALL. D**

**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’**