



SCHEDA FISCALE PREVIDENZIALE PER INCARICHI ESTERNI DI LAVORO - PROFESSIONISTA

All'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario	
<input type="checkbox"/>	UOC Risorse Umane
<input type="checkbox"/>	UOC Economico Finanziario
<input type="checkbox"/>	UOC _____

Cognome e Nome/ Denominazione		Codice Fiscale	
Data di nascita	Comune o Stato estero		PV
Indirizzo residenza	Via	CAP	Comune PV
Tel.	E-mail (obbligatorio)		
Fax	PEC (obbligatorio)		
Domicilio fiscale (Studio)	Via	CAP	Comune PV
Tel.	E-mail (obbligatorio)		
Fax	PEC (obbligatorio)		

Sotto la propria personale responsabilità, DICHIARA il seguente REGIME FISCALE e PREVIDENZIALE

PROFESSIONISTA (titolare di Partita IVA ed eventuale iscrizione all'albo professionale art. 53 DPR 917/1986 TUIR) (barrare con una X il codice)	
<input type="checkbox"/> 1	di svolgere attività di lavoro autonomo soggetta a IVA, ai sensi del DPR n° 633/72 e successive modificazioni e che l'attività richiesta rientra nell'oggetto tipico della professione abituale di (descrizione) _____ di essere pertanto titolare della partita IVA n° _____
OVVERO	
<input type="checkbox"/> 2	di svolgere attività di lavoro autonomo in regime forfettario (art. 1 commi 111-113 della L. n. 208 del 28/12/2015 - Legge di stabilità 2016) <u>NON</u> soggetta a IVA, ai sensi del DPR n° 633/72, e successive modificazioni, <u>NON</u> soggetta a ritenuta alla fonte e di essere pertanto titolare della partita IVA n° _____
OVVERO	
<input type="checkbox"/> 3	di svolgere attività di lavoro autonomo soggetta a IVA, ai sensi del DPR n° 633/72 e successive modificazioni e che l'attività richiesta rientra nell'oggetto tipico della professione abituale di (descrizione) _____ in regime di non esclusività in quanto dipendente di altra Pubblica Amministrazione di seguito specificata. Denominazione _____ Comune _____ Via _____ N° _____ CAP _____ Provincia _____ Natura dell'incarico conferito presso l'ASST Valtellina e Alto Lario: _____

	di essere pertanto titolare della partita IVA n° _____ Allega relativa autorizzazione, al fine degli adempimenti di legge relativa ad "anagrafe delle prestazioni" (art. 53, c.11 D.Lgs 165/2001 s.m.i).
e pertanto DICHIARA	
<input type="checkbox"/>	di essere iscritto/a all'ordine/albo _____
<input type="checkbox"/>	di essere iscritto/a a forme pensionistiche obbligatorie (es. cassa pensione di categoria) con applicazione del contributo previdenziale del ____% (specificare la cassa pensioni) _____
<input type="checkbox"/>	di essere iscritto/a alla gestione separata INPS, di cui all'art. 2, comma 26, legge n° 335/1995 "applicazione rivalsa previdenziale del 4%" (v. circolare INPS n. 99 del 22/07/2011)
<p>Il sottoscritto conferma che, ai fini fiscali e previdenziali la propria posizione si identifica nella fattispecie sopra indicata e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario da qualsiasi responsabilità in merito.</p> <p style="text-align: center;">INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016</p> <p>Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, sita in Via Stelvio, 25, 23100 Sondrio, che potrà essere contattato ai seguenti recapiti: protocollo@pec.asst-val.it. Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) è contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@asst-val.it. I dati personali che La riguardano potranno essere oggetto di trattamento per il perseguimento della seguente finalità: gestione dell'anagrafica del professionista. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali (art. 6, par. 1, lett. b) GDPR) e l'adempimento di un obbligo di legge (art. 6, par. 1, lett. c) GDPR). I Suoi dati personali potranno essere comunicati ad Autorità e ad Enti Pubblici nei casi espressamente previsti dalla legge, nonché a soggetti terzi che supportano il Titolare nella gestione dell'attività. L'elenco completo di tutti i Responsabili esterni può essere da Lei richiesto al Titolare, scrivendo a: protocollo@pec.asst-val.it. I dati personali saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, attraverso supporti cartacei o informatici, con l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a garantirne la sicurezza e conservati per il periodo prescritto dalle vigenti normative. L'informativa più dettagliata e con maggiori informazioni è resa disponibile sul sito aziendale https://www.asst-val.it/.</p> <p>Luogo e data _____ Firma _____</p>	

Note: Allegare il presente documento alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (00 - Mod EF 16) e alla pratica di affidamento di incarico esterno. Allegare copia della Tessera Sanitaria - Carta Regionale dei Servizi (per le persone fisiche).