

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del DPR 445/2000)

AI TRIBUNALE di SANTA MARIA CAPUA VETERE
UFFICIO SPESE DI GIUSTIZIA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ alla Via _____
Codice Fiscale _____ tel. _____ cell. _____
E-mail _____

nella qualità di _____ del giudice, consapevole delle
responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

(barrare la casella di proprio interesse)

- di essere **LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO** presso _____
Indirizzo _____ (art.53 D.Lgs.165/2001 co.11),
- di essere **LAVORATORE DIPENDENTE C/O L'ENTE PUBBLICO/A.S.L.**
di _____, sede _____
P.IVA Ente Pubblico/A.S.L. _____, e che:
 - pur avendo optato per il regime intramoenia, l'attività di consulenza è espletata al di fuori di tale regime, giusta autorizzazione dell'Ente/A.S.L. di appartenenza;
 - l'attività di consulenza rientra nel regime intramoenia;
- di essere **LAVORATORE AUTONOMO**, titolare di partita IVA n. _____;
- che l'incarico affidato è espletato a titolo di **PRESTAZIONE OCCASIONALE DI LAVORO AUTONOMO**, senza alcun vincolo di subordinazione ed orario. Al riguardo precisa:
 - di NON essere iscritto in nessun albo professionale;
 - di NON essere titolare di partita IVA e che l'attività espletata ex art. 81 lett. 1 del TUIR 917/86 va assoggettata, ai fini fiscali, al regime previsto per i redditi assimilati al lavoro dipendente;
- di essere iscritto alla Cassa di Previdenza: SI NO _____ %
- di aver diritto al Contributo previdenziale INPS del 4%: SI NO _____ %

CHIEDE

- che sui compensi da liquidarsi, venga applicata l'aliquota IRPEF del _____ %
(limitatamente ai redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente);
- che l'importo liquidato gli venga corrisposto mediante le seguenti modalità di pagamento:
 - mediante accredito sul c/c postale o bancario "al medesimo intestato" avente le seguenti coordinate in formato IBAN(27 cifre) _____;
 - commutazione in VAGLIA CAMBIARIO non trasferibile della Banca d'Italia a favore del medesimo;
 - mediante accredito su c/c di Tesoreria Unico all'Ente/ASL intestato (nella sola ipotesi di attività di consulenza rientrante nel regime intramoenia);

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 9 D. Lgs. 196/2003 per fini interni all'Amministrazione Giudiziaria nonché per le prescritte comunicazioni ai competenti Uffici finanziari.

_____ li _____

Il Dichiarante

VISTO: per l'autenticità della sottoscrizione apposta in mia presenza.

S. MARIA C.V. _____

Il Funzionario addetto

Oppure: Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

N.B.: nella ipotesi in cui l'attività di consulenza rientri nel regime intramoenia, il sottoscritto medico si impegna a far pervenire all'Ufficio Pagamenti di questo Tribunale regolare fattura, con addebito di IVA, emessa dall'Ente di appartenenza.