

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 del DPR 445/2000)

Al TRIBUNALE di SANTA MARIA CAPUA VETERE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente in _____ alla Via
_____ Codice Fiscale _____ tel. _____
cell. _____ email _____ consapevole delle responsabilità penali
previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di essere stato nominato *AUSILIARIO DEL MAGISTRATO* nel procedimento N. _____
R.G.N.R.(Mod.21) e N. _____ R.G. _____ dal *GIUDICE* della Sezione
_____ in qualità di _____ con incarico conferito in data

- che l'incarico affidato è espletato a titolo di *ESERCIZIO DI UNA PUBBLICA FUNZIONE*,
senza alcun vincolo di subordinazione ed orario. Al riguardo precisa:
- di *NON* essere titolare di partita IVA e che l'attività espletata va assoggettata, ai fini fiscali, al regime
previsto per i *redditi assimilati al lavoro dipendente ex art. 50, co. 1 lett. f) del TUIR 917/86*;
- di _____ essere lavoratore dipendente presso _____
Partita IVA Ente _____ email/pec Ente _____,

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE NELL'IPOTESI DI CONSULENTE ESERCENTE PROFESSIONE SANITARIA IN REGIME DI "INTRAMOENIA"	e che (barrare una delle due opzioni):
	<i>l'attività di consulenza rientra nel regime intramoenia. Si impegna a far pervenire all'Ufficio Spese di Giustizia di questo Tribunale regolare fattura, con addebito di IVA, emessa dall'Ente/ASL di appartenenza.</i>
	oppure
	<i>pur avendo optato per il regime intramoenia, l'attività di consulenza è espletata al di fuori di tale regime, giusta autorizzazione dell'Ente/ASL di appartenenza;</i>

CHIEDE

- che sui compensi da liquidarsi, venga applicata l'aliquota IRPEF del _____ nonché le
addizionali regionale e comunale vigenti;
- 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 _____;
 - mediante accreditamento 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.

S. Maria C.V. lì _____

Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 del DPR 445/2000)

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

S. MARIA C.V. _____

Il Funzionario addetto
