**Dipartimento di Studi letterari, filosofici e di storia**

**dell’Arte**

**Roma,**

MARCA DA BOLLO

€ 2

|  |
| --- |
| COGNOME E NOME: |
| LUOGO E DATA DI NASCITA: |
| INDIRIZZO: |
| CAP CITTA’: |
| CODICE FISCALE: |
| CONTATTO TEL. / E-MAIL: |

**Alla Segreteria Amministrativa del Dipartimento di Studi letterari, filosofici e di storia dell’arte**

**RICHIESTA DI PAGAMENTO**

|  |
| --- |
| Compenso per la prestazione occasionale relativa a : incarico docenza a.a. titolo  Svoltosi dal al  **Lordo**  Contributo INPS Legge 335 /95 (1/3 a carico percipiente)  **Ritenuta fiscale (20% del compenso)**  **NETTO A PAGARE)** |
|  |

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di (**segnare con un fleg le opzioni qui di seguito)**

\_\_\_\_Di **non essere** dipendente di alcuna Amministrazione dello Stato;

\_\_\_\_Non esercitare abitualmente la professione di cui alla presente richiesta di pagamento;

\_\_\_\_Di **non essere** iscritto ad Albo Professionale ;

\_\_\_\_Di **aver**/**non aver** superato, nell’anno in corso, compensi per prestazione occasionale per € 5.000,00; Nel caso si sia superato detto limite l’imponibile previdenziale della prestazione alla data odierna ammonta ad

€ …………………………………………..;

\_\_\_\_\_Di **non essere** iscritto ad una Cassa di Previdenza, in caso di iscrizione indicare la cassa di previdenza ;

Operazione fuori campo di applicazione dell’I.V.A. (art. 5, secondo comma del D.P.R. 26/10/1972 nr. 633 e successive modificazioni).

Modalità di pagamento: **accredito su c/c** NR

**IBAN:**



BIC/SWIFT

FIRMA del

L’incaricato

VISTO DEL RESPONSABILE DEL FONDO DI RICERCA **UPB\_** PER LA REGOLARITÀ DELLO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE E AUTORIZZAZIONE ALLA LIQUIDAZIONE DEL COMPENSO

Firma del prof. resp. dell’UPB