

MARCA DA
BOLLO
EURO 2,00

All'Accademia di Belle Arti
Via Ricasoli 66 - 50122 Firenze
Cod. Fiscale: 80019050485

RICEVUTA

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. (_____) il ____/____/____
residente a _____ Prov. (_____) CAP (_____)
In Via/P.zza _____
domiciliato a _____
codice fiscale _____
Cell. _____ E-mail _____

DICHIARO

di ricevere dall'Accademia di Belle Arti di Firenze le somme sotto indicate per le seguenti prestazioni occasionali
(indicare obbligatoriamente la prestazione d'opera effettuata, il protocollo e il docente di riferimento)

Referente/i: Docente/i _____

Compenso (indicare il compenso pattuito) € _____

Da compilare a cura dell'Accademia:

Ritenuta d'acconto (20%)	- € _____	
Ritenuta INPS (1/3 lavoratore + 2/3 Accademia) su € _____	- € _____	+ € _____
IRAP (8,50% a carico dell'Accademia)		€ _____
Netto corrisposto	€ _____	

IBAN _____

Io sottoscritto/a dichiaro, sotto la mia totale responsabilità, ai sensi dell'art. 44, comma 2, del D.L. 269/2003 (convertito con modifiche dalla L. 326/2003), che nel corrente anno ho percepito o percepirò compensi di lavoro autonomo occasionale per un importo complessivo:

INFERIORE ad euro **5.000,00** e di NON essere, pertanto, soggetto/a all'obbligo di iscrizione alla Gestione separata Inps*

SUPERIORE ad euro **5.000,00** e di essere, pertanto, soggetto/a all'obbligo di iscrizione alla Gestione separata Inps*

* Art. 2, comma 26, della L. 355/1995

Dichiaro inoltre:

DI NON ESSERE ASSICURATO presso altra forma pensionistica obbligatoria.

DI ESSERE TITOLARE di altra forma pensionistica obbligatoria (titolare di pensione o provvisto di altra tutela pensionistica obbligatoria)

Firma per esteso _____ Firenze, _____

Compensi non soggetti ad I.V.A. ai sensi dell'art. 5 del DPR 26 ottobre 1972, n. 633

Informativa sul trattamento dati (GDPR - Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 / 05 / 2018)

I DATI FORNITI SONO TRATTATI ESCLUSIVAMENTE DALL'ACCADEMIA DI FIRENZE NEL PIENO RISPETTO DEL GDPR ED AI FINI DELLA LIQUIDAZIONE DEL COMPENSO DOVUTO E DELLA RELATIVA CERTIFICAZIONE. I DATI CONFERITI NON SARANNO DIFFUSI A TERZI, SONO FACOLTATIVI, MA LA MANCATA INDICAZIONE DEGLI STESSI COMPORTERA' L'IMPOSSIBILITA' DI PROCEDERE AL RIMBORSO.

Firma per presa visione informativa _____ Data _____

LA PRESENTE CERTIFICAZIONE DOVRA' ESSERE COMPILATA E FIRMATA IN OGNI CAMPO. IN CASO CONTRARIO NON SI POTRA' PROCEDERE AL PAGAMENTO