

Spett.le Terre di Siena Lab srl
Piazza Duomo 9
53100 SIENA (SI)
Cod. fiscale e P.IVA 01422570521

ALLEGATO A
MODELLO PER DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE COLLABORAZIONI
OCCASIONALI (art. 46 DPR 445 del 28 dicembre 2000) (DA TORNARE FIRMATA AD TERRE DI SIENA
LAB)

Io sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (____) Il _____
Residente a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR 445/2000

DICHIARO (barrare la casella corrispondente):

(A) che per l'anno solare in cui avverrà il pagamento della prestazione stabilita, relativa alla Vs. lettera d'incarico del _____, percepirò da TERRE DI SIENA LAB srl e da altri committenti, compensi derivanti da prestazioni di lavoro occasionale, (ai sensi del D.Lgs. 276/03, del D.L. 269/03 Art.44, della Circ. Inps n. 9/04), in misura inferiore ad € 5.000,00= (diconsi € cinquemila/00=), comprensivi degli emolumenti relativi all'incarico di cui alla lettera sopraccitata, e che, qualora a seguito di verifiche delle autorità competenti, vengano richiesti ad TERRE DI SIENA LAB srl oneri previdenziali e fiscali a causa del superamento dell'importo sopra specificato, rimborserò tali oneri ad TERRE DI SIENA LAB srl a semplice richiesta di quest'ultimo, comprensivi di eventuali sanzioni ed interessi;

OPPURE:

(B) che per l'anno solare in cui avverrà il pagamento della prestazione stabilita, relativa alla Vs. lettera d'incarico sopra citata percepirò, da TERRE DI SIENA LAB srl. e da altri committenti, compensi derivanti da prestazioni di lavoro occasionale, (ai sensi del D.Lgs. 276/03, del D.L. 269/03 Art.44, della Circ. Inps n. 9/04), in misura SUPERIORE ad € 5.000,00= (diconsi € cinquemila/00=), per € (€/.....) , e che pertanto questa è la base imponibile del contributo dovuto all'INPS, impegnandomi tempestivamente a comunicare ad TERRE DI SIENA LAB eventuali variazioni di tale base imponibile. Dichiaro inoltre di essere soggetto alla seguente aliquota INPS:

- Ridotta, in quanto ISCRITTO alla seguente gestione previdenziale:
- Massima, in quanto NON ISCRITTO ad altra forma di previdenza obbligatoria;
- Ridotta, in quanto titolare di pensione diretta.

DICHIARO ALTRESI' (barrare la casella corrispondente):

- di non essere dipendente di Ente Pubblico;
- di essere dipendente di Ente Pubblico ed in possesso dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività, che mi impegno a consegnare ad TERRE DI SIENA LAB prima dell'inizio della prestazione; inoltre, prendo atto che la mancata consegna è condizione di nullità dell'incarico di cui sopra.

Ai sensi e per gli effetti del Dlgs 196/2003 dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la seguente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dalla medesima legge.

N.B. Allegare fotocopia firmata, per esteso, del documento di identità in corso di validità.

Poggibonsi, li ___/___/___ Firma del dichiarante _____

Titolare e responsabile del trattamento: TERRE DI SIENA LAB srl

Spett.le Terre di Siena Lab srl
Piazza Duomo 9
53100 SIENA (SI)
Cod. fiscale e P.IVA 01422570521

ALLEGATO B1

Oggetto: Richiesta di liquidazione compensi OCCASIONALI SOGGETTI A CONTRIBUTO INPS EX D.LGS. 276/03 (N.B.:completare eventuali dati mancanti*=DATI OBBLIGATORI).

Io sottoscritto/a: _____
Nato/a a *: _____ () il * _____
Codice Fiscale *: _____
Residente in * _____ ()
in * _____ N. di Tele fono: _____ fax _____
cellulare: _____ e-mail: _____
avendo effettuato, gi u sta Vs. lettera d'incarico del _____, la seguente attività:

per n° _____, ad un compenso unitario omnicomprensivo di € _____;
a valere sul Progetto _____; Matr/cod.prog. : _____
sulla voce di costo : _____; Codice voce di costo _____;
Chiedo la liquidazione dei compensi sotto conteggiati:

N. B.: DA COMPILARE A CURA DI TERRE DI SIENA LAB		
BASE IMPONIBILE PER CONTRIBUTO INPS		A
ALiquota CONTRIBUTIVA % INPS:		B
T OTALE CONTRI BUTO INP S:		$C = A * B / 100$
CONTRI BUTO INPS A CAR I CO TERRE DI SIENA LAB		$D = C * 2/3$
A DETRARRE: QUOTA CONTRI BUTO INPS A CARICO INCARICATO		$E = C - D$
BA SE I M P O N I B I L E I R P E F		$F = A - E$
A DETRARRE R I T E N U T A D'ACCONTO IRPE F (20% DI F)		$G = F * 20 / 100$
NETTO A PAG A RE		$H = A - D - G$

mediante pagamento, ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010, sul seguente conto corrente dedicato di cui riporto le COORDINATE BANCARIE IBAN * :

| _____ * | _____ * | _____ * | _____ * | _____ * | _____ * |
Country code|Check digit| CIN (una lettera) |ABI (5 NUMERI) | CAB (5 NUMERI) | CONTO CORRENTE (12 CARATT ERI senza punti o barre)

Banca d'appoggio *: _____
Filiale/agenzia di*: (Città e via) _____

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 5 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633 dichiaro che l'attività svolta non ha carattere di professionalità, è da considerare assolutamente casual e saltuaria, non comporta l'iscrizione negli albi professionali e pertanto rimane fuori dal campo di applicazione dell'imposta sul valore aggiunto (IVA). Dichiaro altresì che in caso di pagamento la presente vale per ricevuta.

In fede

Data (successiva a data completamento della prestazione) ://

(Firma leggibile) _____

N.B. Allegare fotocopia firmata, per esteso, del documento di identità in corso di validità, ed apporre, se compenso lordo superiore ad € 77,46, marca da bollo di € 2,00.

Marca da bollo € 2,00
