

**COMUNICAZIONE DEI DATI ANAGRAFICI E INQUADRAMENTO FISCALE E PREVIDENZIALE IN
RELAZIONE AD INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO ESERCITATO ABITUALMENTE O NON
ABITUALMENTE**

La sottoscritta Giulia Hyeraci nata a Catanzaro Prov.CZ

il 28/10/1991, cittadinanza italiana

C.F. HYRGLI91R68C352L Codice identificativo fiscale estero / **(1)**,

Partita Iva IT06921980485 o Partita IVA estera /

Anagraficamente residente in Italia nel Comune di Firenze Prov. FI

località/via/p.zza Filippo Corridoni n. 92 C.A.P 50134

con domicilio fiscale all'1/1/2021 nel Comune di *(indicare i dati del domicilio fiscale solo se diversi da quelli di
residenza)*(2) _____ Prov. _____

località/via/p.zza _____ n. _____ C.A.P _____

Tel. _____ cell. _____ email _____

(* dato necessario ai fini della ricezione della CU dei Redditi)

PER I RESIDENTI ALL'ESTERO residente in _____ (Stato estero di residenza)

località/via/p.zza _____ n. _____ C.A.P _____

☐ coniugato/a con _____ nato/a a _____

il _____, C.F. _____

(* dato obbligatorio ai fini dell'emissione della CU dei Redditi anche se il coniuge non è a carico)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, in relazione al rapporto di lavoro autonomo da costituire/costituito in data 28/07/2021

con il settore/struttura Unità di Farmacoepidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità.

☒ di NON essere lavoratore dipendente di una pubblica amministrazione

☐ di ESSERE lavoratore dipendente di una pubblica amministrazione *(barrare l'opzione che interessa)*

☐ a tempo Indeterminato o ☐ a Tempo determinato dal _____ al _____

ed in regime di ☐ tempo pieno ☐ tempo parziale non superiore al 50%

Nel caso di dipendenti di Pubblica Amministrazione precisare, ai fini dell'anagrafe delle prestazioni, i dati identificativi dell'Ente di appartenenza (indirizzo, codice fiscale, partita IVA). Allegare il nulla-osta nel caso di lavoro a tempo pieno o di part-time superiore al 50%. **(2)**

Ente _____



Indirizzo _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Pec ente: _____ (* obbligatorio ai fini delle comunicazioni per anagrafe prestazioni)

Firma Giulio Syraci

A) che la prestazione richiesta rientra nell'abituale professione di cui all' art. 53 c.1 D.P.R. n. 917/86 esercitata (**barrare la voce che interessa**)

X in forma propria

☐ **non in forma propria in quanto appartenente allo Studio associato** _____

con sede in _____

località/via/p.zza _____, n. _____

C.A.P. _____ Partita IVA _____

☐ **non in forma propria ma in quanto socio, in possesso dei requisiti per l'esercizio della prestazione professionale richiesta, della Società** _____

con sede in _____

località/via/p.zza _____, n. _____

C.A.P. _____ Partita IVA _____

regolarmente costituita per l'esercizio di attività professionali ai sensi dell'art. 10 comma 3 della Legge 183/2011 e di essere:

A.1) assoggettato a IVA con obbligo di rilascio di regolare fattura ai sensi dell'art. 5, c. 1, del D.P.R. n. 633/72 e ritenuta d'acconto o senza ritenuta d'acconto se Società di professionisti costituita ai sensi L.183/2011;

☐ iscritto all'Albo professionale/Ordine dei Farmacisti della Provincia di Firenze al n. _____

☐ non iscritto ad Albo professionale/Ordine

e che il compenso lordo SARÀ/NON SARÀ maggiorato del seguente contributo:

☐ 2% quale contributo integrativo dovuto alla propria cassa di previdenza

☐ 4% quale contributo integrativo dovuto alla propria cassa di previdenza

☐ 4% quale rivalsa parziale del contributo Inps dovuto ai sensi dell'art. 2 comma 26 della L. n.335/95, in quanto professionista iscritto alla gestione separata Inps

Firma Giulio Syraci

A.2) (**barrare la voce che interessa**)

☐ **in regime dei minimi** ai sensi dell'art. 27 del D.L. n.98/2011 convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111 e dalla L. 190/2014,

X in regime forfettario ai sensi della L. 190/2014, della L. n.208/2015 "Legge di stabilità" e della Legge di Bilancio n.145/2018

e quindi **NON ASSOGGETTATO AD IVA** con l'obbligo di rilascio di regolare fattura (ex art. 5 comma 1 del DPR n. 633/72) **E NON ASSOGGETTATO A RITENUTA DI ACCONTO**;

X iscritto all'Albo professionale/Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Firenze al n. 4399

☐ non iscritto ad Albo professionale/Ordine

e che il compenso lordo NON SARA' maggiorato del seguente contributo:

- ☐ 2% quale contributo integrativo dovuto alla propria cassa di previdenza
☐ 4% quale contributo integrativo dovuto alla propria cassa di previdenza
☐ 4% quale rivalsa parziale del contributo Inps dovuto ai sensi dell'art. 2 comma 26 della L. n.335/95, in quanto professionista iscritto alla gestione separata Inps

Firma Giulia Lucari

B) che la prestazione richiesta ha carattere di assoluta occasionalità, mancando di qualsiasi requisito di abitudine e professionalità, e pertanto di non essere soggetto ad emissione di fattura, ai sensi degli artt. 1,3, e 5 del D.P.R. n. 633/72, essendo i relativi compensi annoverabili fra quelli di cui all'art. 67, comma 1, lett. l), del D.P.R. n. 917/86;

Firma _____

Esclusivamente per coloro che hanno sottoscritto il punto B):

B.1) di non essere tenuto alla iscrizione presso la gestione separata INPS di cui all'art. 2 c. 26 della L. n. 335/95, in base a quanto disposto dall'art. 44 del D.L. n. 269/2003 convertito nella L. n. 326/2003, in quanto nell'anno 2021, alla data odierna, **non ha superato e non supererà il limite di € 5.000,00** di redditi percepiti per prestazioni di lavoro autonomo occasionale con il compenso cui la presente dichiarazione è riferita.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente il superamento della franchigia e l'avvenuto versamento della contribuzione previdenziale sull'eccedenza operato dal/i committente/i, diversi dall'Agenzia Regionale di Sanità, fornendone i dati.

Firma _____

B.2) di essere tenuto all'iscrizione presso la gestione separata INPS di cui all'art. 2 c. 26 della L. n. 335/95,

☐ in base a quanto disposto dall'art. 44 del D.L. n. 269/2003 convertito nella L. n. 326/2003, in quanto nell'anno 2021 **ha già superato il limite di € 5.000,00** di redditi per prestazioni di lavoro autonomo occasionale avendo percepito la somma di € _____ (lordo percipiente)

oppure

☐ in base a quanto disposto dall'art. 44 del D.L. n. 269/2003 conv. nella L. n. 326/2003, in quanto nell'anno 2021, alla data odierna, ha già percepito la somma di € _____ (lordo percipiente), per prestazioni di lavoro autonomo occasionale, a titolo di compensi, da Committenti diversi dall'Agenzia Regionale di Sanità e **supererà, con il compenso cui la presente dichiarazione è riferita, il limite di € 5.000,00** di redditi percepiti a tale titolo;

(dichiarazione obbligatoria) che, al momento del superamento della franchigia di € 5.000,00, il committente opererà la ritenuta contributiva nella misura di 1/3 del contributo dovuto in base a quanto disposto dall'art. 44 del D.L. n. 269/2003 conv. nella L. n. 326/2003.

Tale contributo sarà applicato nella misura del (**barrare la voce che interessa**):

☐ 24,00% in quanto il sottoscritto è in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria in qualità di _____ presso _____



- ☐ 24,00% in quanto titolare di pensione diretta;
- ☐ 33,72% in quanto non avente altra copertura obbligatoria;

Firma _____

B.3) di essere tenuto all'iscrizione presso la gestione separata ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica), ai sensi della circolare n. 19/2016, per cui il Committente opererà la ritenuta contributiva nella misura di 1/3 del contributo dovuto (**barrare la voce che interessa**):

- ☐ 24,00% in quanto il sottoscritto è in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria in qualità di _____ presso _____
- ☐ 24,00% in quanto titolare di pensione diretta;
- ☐ 33,72% in quanto non avente altra copertura obbligatoria;

Firma _____

B.4) di essere escluso dall'obbligo del contributo **INPS** gestione separata o **ENPAPI** gestione separata in quanto (**barrare la voce che interessa**):

- ☐ soggetto iscritto alla seguente forma pensionistica obbligatoria _____ e che si impegna a dichiarare e versare direttamente quanto dovuto alla propria cassa previdenziale sollevando il committente dall'obbligo di operare le ritenute previdenziali;
- ☐ soggetto che ha superato il massimale per il 2021 di reddito annuo imponibile per gestione separata Inps o Enpapi di € 103.055,00* (* il valore è riferito al 2020. Il massimale di reddito 2021 sarà inserito non appena pubblicato dagli enti preposti);

Firma _____

PER I SOGGETTI RESIDENTI ALL'ESTERO che non dispongono abitualmente in Italia di una base fissa per l'esercizio delle proprie attività e non sono tenuti alla presentazione della dichiarazione dei redditi in Italia soggiornando per un periodo comunque inferiore a 183 giorni (184 in caso di anno bisestile):

- ☐ di essere soggetto alla ritenuta del 30% a titolo definitivo di cui all'art. 24 c. 1-ter del D.P.R. n.600/73;

oppure

- ☐ di non essere soggetto alla ritenuta del 30% a titolo definitivo di cui all'art. 24 c. 1-ter del D.P.R. n.600/73, in quanto mi avvalgo della Convenzione Internazionale contro le Doppie Imposizioni fra l'Italia e _____ di cui alla Legge _____;

a tal fine allego il **modulo D dell'Agenzia delle Entrate (3)** (prov. N. 2013/84404 del 10/07/2013) in originale completo dell'attestazione di residenza fiscale rilasciata dall'Autorità fiscale dello Stato _____ in cui risiedo.

- ☐ che la prestazione richiesta rientra nell'abituale professione e che emetterà fattura

oppure

- ☐ che la prestazione richiesta ha carattere di assoluta occasionalità, mancando di qualsiasi requisito di abitualità e professionalità, e pertanto di non essere soggetto ad emissione di fattura.

A tale scopo dichiara:

- ☐ di non aver superato nell'anno 2021 e **non supererà il limite di € 5.000,00** di redditi percepiti per prestazioni di lavoro autonomo occasionale in Italia con il compenso cui la presente dichiarazione è riferita.



☐ di aver già superato il limite di € 5.000,00 nell'anno 2021 di redditi per prestazioni di lavoro autonomo occasionale in Italia avendo percepito la somma di € _____ (*lordo percipiente*), per prestazioni di lavoro autonomo occasionale, a titolo di compensi, da Committenti diversi dall'Agenzia Regionale di Sanità, e **supererà, con il compenso cui la presente dichiarazione è riferita, il limite di € 5.000,00** di redditi percepiti a tale titolo;

e dichiara inoltre:

☐ in base a quanto disposto dall'art. 44 del D.L. n. 269/2003 conv. nella L. n. 326/2003, di essere consapevole che, in base alle circolari Inps n.164/2004, n.90/2009 e n.83/2010, in caso di superamento del limite di € 5.000,00 di redditi percepiti per prestazioni di lavoro autonomo occasionale in Italia nel corso dell'anno, sarà soggetto alla contribuzione nella gestione separata **INPS**, con relativo obbligo di iscrizione, come segue (**barrare la voce che interessa**):

☐ nella misura del 33,72% non avendo altra copertura obbligatoria;

☐ nella misura ridotta del 24,00% in quanto cittadino UE e soggetto ad un regime previdenziale obbligatorio nel paese di residenza **come da Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà per soggetti non residenti in Italia che allego**;

☐ nella misura ridotta del 24,00% in quanto cittadino _____ e soggetto ad un regime previdenziale obbligatorio nel paese di residenza, **come da Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà per soggetti non residenti in Italia che allego**, che si avvale della Convenzione Internazionale di Sicurezza Sociale fra l'Italia e _____ di cui alla Legge _____;

Firma _____

ESCLUSIVAMENTE PER I SOGGETTI RESIDENTI ALL'ESTERO IN CASO DI PRESTAZIONE RESA FUORI DAL TERRITORIO ITALIANO:

C) che la prestazione richiesta ha carattere di assoluta occasionalità, mancando di qualsiasi requisito di abitudine e professionalità. Il sottoscritto dichiara inoltre di non essere tenuto ad emissione di fattura.

Firma _____

DICHIARA ALTRESI'

D) di **NON ESSERE** collocato in **QUIESCENZA** (art.6, d.l. n. 90/2014 convertito con l. n.144/2014) dal 2016

Firma Giulio Lorenzi

E) di scegliere la seguente forma di riscossione (*contrassegnare le voci che interessano*):

X Bonifico Bancario: Banca Intesa Sanpaolo SPA

IBANIT79X0306981412100000003446

intestato al sottoscritto

☐ **Bonifico estero:** Banca _____

IBAN _____

BIC/SWIFT _____ Credit Acc. _____



intestato al/la sottoscritto/a

Firma Giulio Lysesi

Il/La sottoscritto/a conferma che, ai fini fiscali, previdenziali ed assicurativi, la propria posizione si identifica nella situazione sopra indicata e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Agenzia Regionale di Sanità da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza degli obblighi di condotta previsti dai codici di comportamento applicabili al personale di ARS, consultabili sul sito istituzionale www.ars.toscana.it, nella sezione "Amministrazione trasparente" – "Disposizioni generali - Atti generali - Codici disciplinari e codici di condotta" e di impegnarsi, in caso di conferimento dell'incarico e con riferimento alla prestazioni oggetto del contratto, ad osservare le regole di condotta ivi contenute

Firenze, li 28/07/2021

Firma Giulio Lysesi

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (ART. 13 REG. UE 2016/679)

Il/La sottoscritto/a prende atto che il trattamento dei propri dati personali e sensibili avverrà secondo le modalità stabilite dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Agenzia Regionale di Sanità.

Il/La sottoscritto/a prende altresì atto che il curriculum vitae et studiorum e le dichiarazioni rese per le quali, ai sensi della normativa vigente, è prevista l'ottemperanza ad obblighi di trasparenza, verranno pubblicati sul sito web dell'Amministrazione in apposita sezione di "Amministrazione Trasparente", all'indirizzo <https://www.ars.toscana.it/amministrazione-trasp.html>.

Firenze, li 28/07/2021

Per presa visione, il/la dichiarante

Giulio Lysesi

N.B.: Allegare copia del documento di identità in corso di validità

Note:

(1) Nel caso di soggetto non residente, non avente codice fiscale italiano, occorre necessariamente indicare il codice di identificazione fiscale rilasciato dall'Autorità fiscale del paese di residenza o, in mancanza, un codice identificativo rilasciato da una Autorità amministrativa del paese di residenza;

(2) Nel caso di dipendente di altra pubblica amministrazione occorre acquisire l'autorizzazione dell'ente di appartenenza nei casi previsti dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

(3) Vedi moduli e istruzioni per la compilazione in italiano, francese e inglese dell'Agenzia delle Entrate reperibili sul sito.

Istruzioni per la compilazione:

- i punti A) o B), D), E), l'impegno finale e l'informativa sulla privacy devono essere sempre compilati e sottoscritti;
- i punti A) e B) sono alternativi;
- i punti A.1), A.2) sono alternativi e devono essere compilati solo se si è sottoscritto il punto A);
- i punti B.1) e B.2) sono alternativi e devono essere compilati solo se si è sottoscritto il punto B).