

c.a. All'Agenzia Regionale di Sanità
Ufficio risorse umane
Via Pietro Dazzi, 1
50141 Firenze (FI)

PRESTAZIONI DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE
DICHIARAZIONE DEI DATI PER INQUADRAMENTO FISCALE E PREVIDENZIALE

Il/la Sottoscritto/a

COGNOME FERRAVANTE NOME CHIARA nato/a a FIRENZE
Prov. FI il 04/10/1994
C.F. FERRCH94R44D6120
P.I. 07252170480 E mail FERRAVANTECHIARA@GMAIL.COM
Cell/Tel. n. 333 1154463
Pec (indirizzo di posta elettronica certificata)
CHIARA.FERRAVANTE@RSYPEC.IT

Residenza anagrafica:

Comune FIRENZE Località FIRENZE
Via B. DA MAIANO n. 19/1
Prov. FI C.A.P. 50137

Compilare solo se diverso dalla residenza:

domicilio fiscale

Comune FIRENZE Località FIRENZE
Via A. BALDESI n. 12
Prov. FI C.A.P. 50131

Cittadinanza ITALIANA
Stato estero di residenza / codice identificativo
fiscale estero /

in relazione all'incarico in fase di perfezionamento per lo svolgimento dell'attività di

PROGETTO "ANALISI E STRATEGIE DI RISPOSTA AGU"
DEI A UNO TERMINE DELL'INTERVARE COVID-19 (WAG-COVID)
dal 09/02/2023 al 09/12/2023

DICHIARA

☐ di svolgere l'attività professionale di

CONSULGTE PSCOLOGA

che la prestazione richiesta è esercitata

☒ in forma propria

☐ non in forma propria e la fattura verrà emessa da (es. Studio Associato)

Indirizzo _____

P.I. _____

e di essere

PROFESSIONISTA (art. 53 comma 1 DPR 917/86), in quanto l'attività richiesta rientra nell'oggetto tipico della sua attività professionale abituale con **obbligo** di rilascio di **fattura** (art. 5 comma 1 DPR. 633/1972), per cui l'IRAP è dovuta dal sottoscritto ed in tal senso libera l'Ente committente da obblighi al proposito.

FIRMA _____

☐ essere iscritto nell'Albo/Ordine _____ **PSICOLOGI (TOSCANA)**
con conseguente iscrizione ai fini previdenziali alla Cassa di
Previdenza **ENPAP** e che in fattura verrà
esposto il contributo previdenziale obbligatorio del **4** %;

☐ essere iscritto nell'Albo/Ordine _____
con conseguente iscrizione ai fini previdenziali alla Cassa di Previdenza _____; si evidenzia che in fattura **NON** verrà
esposto tale contributo previdenziale;

☐ essere iscritto nell'Albo/Ordine _____
e senza iscrizione ai fini previdenziali alla relativa Cassa di Previdenza;

☐ non iscritto in alcun Albo professionale e senza Cassa di Previdenza, ma con attività professionale svolta in forma abituale anche se non esclusiva

FIRMA _____

**AGLI EFFETTI DELL'APPLICAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVIDENZIALE INPS
DI CUI ALL'ART. 2 COMMI DA 25 A 32 L. 335/1995 IL SOTTOSCRITTO CONFERMA
QUANTO SOPRA ESPOSTO E DICHIARA**

che le prestazioni di cui all'incarico ricevuto danno origine a redditi professionali non assoggettati a contribuzione obbligatoria previdenziale presso la cassa di previdenza di categoria e/o i versamenti alla cassa di previdenza di categoria vengono effettuati a titolo di solidarietà non dando diritto gli stessi a trattamento pensionistico a carico della cassa; pertanto è soggetto, a propria cura ed onere, al pagamento del contributo al fondo Gestione Separata.

FIRMA _____

che

☒ rientra in un regime fiscale agevolato (es. regime dei superminimi Legge 111/2011 o altra nuova norma), dichiarare il regime di esenzione:

REGIME FORFETTARIO (ART. 1 COMMA 54 E 89 L. 190/2014)

☐ non rientra in alcun regime fiscale agevolato

☐ essere/non essere collocato in quiescenza (art.6, d.l. n. 90/2014 convertito con l. n.144/2014);

e sceglie la seguente modalità di pagamento:

☒ **BONIFICO BANCARIO/POSTALE/CARTA PREPAGATA** (solo con codice IBAN)

Agenzia CHEBANCA!

sede legale Viale Bodio 37 - Milano

ABI 03058 CAB 01604

c/c n° 71540956 CIN G

IBAN IT 826 03058 01604 100571540956

☐ **BONIFICO BANCARIO ESTERO**

SWIFT CODE _____

IL BENEFICIARIO
ELUARA FERRANTE

L'Agenzia Regionale di Sanità utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. L'interessato/a potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco (Reg. UE/679/2016 e D.Lgs 196/2003).

L'Agenzia Regionale di Sanità controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (artt. n. 71 e 72 DPR 445/2000).

Il sottoscritto conferma che, ai fini fiscali previdenziali ed assicurativi, la propria posizione si identifica nella fattispecie di cui alla precedente dichiarazione 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.

Luogo e data, REGGIO
09/02/2023

FIRMA Milano ferr

(da restituire all'ARS compilato e firmato)

A.R.S.

Villa La Quiete alle Montalve

Via Pietro Dazzi n. 1

50141 Firenze

c.a. dott. Paolo Francesconi

(dirigente responsabile)

OGGETTO: dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio relative allo svolgimento di incarico individuale di lavoro autonomo.

Il/La sottoscritto/a PIRAIA FERRAVANTE,

nato/a a FIRENZE il 04/10/1994 e

residente a FIRENZE, in Via/Piazza

B. DA MAIANO, n. 19/4 C.F.:

FRCHR94R44D610

in relazione al conferimento di un incarico di ricerca, nella forma del lavoro autonomo, per il supporto allo svolgimento delle attività previste nell'ambito del progetto "Analisi e strategie di risposta agli effetti a lungo termine dell'infezione COVID-19 (Long-COVID)" (indetto con decreto dirigente n. 5/2023)

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

1. di godere dei seguenti requisiti generali per il conferimento dell'incarico individuale di cui sopra:

a. di possedere la cittadinanza ITALIANA;

b. di avere il godimento dei diritti civili e politici;

c. di non aver reso false dichiarazioni in merito a requisiti ed a condizioni rilevanti ai fini del conferimento di incarichi;

d. di non aver commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate da pubbliche amministrazioni o enti pubblici;

e. di non aver riportato condanne passate in giudicato, anche con sentenza in applicazione di pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del C.P.P., né di avere procedimenti pendenti, che impediscono la costituzione di rapporti con la pubblica amministrazione

(oppure indicare se si riportano precedenti penali o si è a conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico)

2. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali a fini istituzionali;

3. ai sensi e per gli effetti di quanto stabilito dall'art. 53, comma 14, del D.Lgs. 165/2001, come modificato dalla L. 6 novembre 2012, n. 190 ("Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"), di non trovarsi in condizione di conflitto di interesse, anche potenziale, con le attività di cui all'incarico conferito da ARS

☒ di non svolgere alcun incarico tra quelli menzionati nell'art. 15, comma 1, lett. c)¹ del d.lgs. n. 33/2013

OPPURE

☐ di avere in atto i seguenti incarichi:

Ente	Oggetto dell'incarico	Compenso lordo	Periodo/Scadenza

(indicare le/gli altre/i attività e/o incarichi al momento svolti, se esistenti)

4. di non presentare altre cause di incompatibilità, di diritto o di fatto, all'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente incarico;

5. di accettare le condizioni previste nel contratto/lettera di conferimento di incarico;

6. di aver preso piena cognizione del DPR 16 aprile 2013, n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici) e delle norme in esso contenute, come integrate e specificate dal Codice di comportamento dei dipendenti di ARS;

7. che le dichiarazioni sopra rese sono documentabili.

Il/la sottoscritto/a ai fini del rispetto del limite alle retribuzioni e ai trattamenti pensionistici a carico della finanza pubblica, di cui all'art. 23ter del D.L. 201/2011, all'art. 1, comma 471, della L. 147/2013 e all'art. 13 del D.L. 66/2014

¹ svolgimento di incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o svolgimento di attività professionali

DICHIARA INOLTRE

ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

☐ che nell'anno 2023 ~~non~~ prevede di percepire, a carico delle finanze pubbliche, le seguenti retribuzioni/compensi in ragione di rapporti di lavoro subordinato o autonomo intercorrenti con le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 30/3/2011 n. 165 e ss.mm.ii², ivi compresi i trattamenti pensionistici erogati da gestioni previdenziali pubbliche

Pubblica Amministrazione (indicare la denominazione della P.A. che ha conferito l'incarico)	Tipologia di incarico/rapporto	Periodo di svolgimento	Importo lordo presunto
AGENZIA REGIONALE DI SANITA' TOSCANA	INCARICO INDIRIZIONE DI LAVORO AUTONOMO	09/02/2023 09/12/2023	22.000 €

☐ di non percepire, a carico delle finanze pubbliche, nell'anno _____ alcun emolumento o compenso.

Il dichiarante si impegna a comunicare ogni eventuale trattamento economico delle tipologie sopra indicate o trattamento pensionistico intervenuto in corso di mandato.

Data 09/02/2023

Firma Mario Fusti

Allega copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati"

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo ai fini del conferimento di incarico ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. 165/2001, dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013, dell'art. 23^{ter} del DL 201/2011, dell'art. 1, comma 471

² Per amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300. Fino alla revisione organica della disciplina di settore, le disposizioni di cui al presente decreto continuano ad applicarsi anche al CONI.

della l. 147/2013 e dell'art. 13 del D.L. 66/2014, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente. A tal fine le facciamo presente che:

1. ARS – Agenzia Regionale di Sanità Toscana è il titolare del trattamento (dati di contatto: via Pietro Dazzi n. 1, 50141 Firenze, tel. n. 055-46.24.31, fax n. 055-46.24.332, pec: ars@postacert.toscana.it)
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude il conferimento dell'incarico (circ. Dip. Funzione Pubbl. n. 3/2014). I dati raccolti non saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati, nel caso in cui i compensi superino i limiti di legge, alle amministrazioni competenti a effettuare le riduzioni.
3. I suoi dati saranno conservati presso l'ufficio del responsabile del procedimento e presso l'ufficio del personale dell'ARS per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti dell'ufficio protocollo per il periodo di legge previsto, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (dpo@ars.toscana.it)
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)

Dichiarazione di esonero dall'applicazione della ritenuta d'acconto

Il/la sottoscritto/a CHIARA FERRANTE

nato/a FIRENZE il 04/10/1994

Residente a FIRENZE in via B. DA MAIANO 19/1

Codice Fiscale FRCHR94R44D6¹²⁰ P. Iva 07252170480

dichiara

che si avvale del regime forfettario di cui all'art. 1, commi da 54 a 89 della legge n. 190 del 23/12/2014 e pertanto

richiede

la non applicazione della ritenuta d'acconto sulla somma percepita dato che la somma è assoggettata a imposta sostitutiva.

FIRENZE, 09/02/2023

Firma
