

Dichiarazione di esonero dall'applicazione della ritenuta d'acconto

Il/la sottoscritto/a GIADA FERRANTE

nato/a FIRENZE il 04/10/1994

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

Codice Fiscale FERRGURR62L20, P. Iva 07252170480

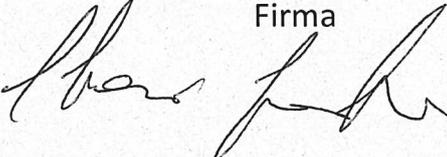
**dichiara**

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, 06/02/2024

 Firma

(da restituire ad 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 GIUNDA FERRANTE,  
nato/a a FIRENZE il 04/10/1994 e  
residente a FIRENZE, in Via/~~Piazza~~  
B. DA VITANO, n. 19/4, C.F.:  
FERRANTEGIUNDA19940410010

in relazione al conferimento di un incarico di ricerca, nella forma del lavoro autonomo, per supporto alla gestione del progetto "Analisi e strategie di risposta agli effetti a lungo termine dell'infezione COVID-19 (Long-COVID)" (indetto con **decreto dirigente n. 59/2023**)

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)<sup>1</sup> del d.lgs. n. 33/2013

OPPURE

di avere in atto i seguenti incarichi:

| Ente                           | Oggetto dell'incarico                                                  | Compenso lordo                            | Periodo/Scadenza      |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| ARENA DEL PISANA<br>NORD OVEST | COMANDO LAVORO D'UFFICIO<br>MO COME PROCURIA PER<br>PROCEDIMENTO FEAST | 30€ /h PER PRESSIONE<br>IN PIAZZA DI WCCA | 18/01/24 - 18/07/2027 |
|                                |                                                                        | 34€ /h PER PRESSIONE<br>VALLE DEL SERCHIO |                       |
|                                |                                                                        |                                           |                       |
|                                |                                                                        |                                           |                       |
|                                |                                                                        |                                           |                       |

(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

<sup>1</sup> 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 2024 riceve e/o 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.ii<sup>2</sup>, ivi compresi i trattamenti pensionistici erogati da gestioni previdenziali pubbliche

| Pubblica Amministrazione<br>(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'                                                                   | LAVORO AUTONOMO                | 06/02/2024 - 10/06/2024 | € 11.000               |
| AGENZIA ULC TOSCANA<br>LAVORO SUBEN                                                            | LAVORO AUTONOMO                | 18/01/24 - 18/07/2024   | € 34.736**             |
|                                                                                                |                                |                         |                        |
|                                                                                                |                                |                         |                        |

\*COSTRUTTE 52 SETTIMANE

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 06/02/2024

Firma



**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. 23ter del DL 201/2011, dell'art. 1, comma 471

<sup>2</sup> 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](mailto: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](mailto: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>)

All'Agenzia Regionale di Sanità  
c.a. 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. FRRCHR94R446120  
P.I. 07252170480 E mail FERRAVANTECHIARA@GMAIL.COM  
Cell/Tel. n. 333 1154463  
Pec (indirizzo di posta elettronica certificata)  
CHIARA.FERRAVANTE@PSYAPC.IT

**Residenza anagrafica:**

Comune FIRENZE Località FIRENZE  
Via B. NA 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

"ANALISI E STRATEGIE DI RISPOSTA NSU ESTERNE ALUNGO TERMINE  
DELL'INTERAZIONE COVID-19 (LAX-COVID)"

dal 06/02/24 al 10/06/2024

**DICHIARA**

di svolgere l'attività professionale di

Psicologo

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 DELLA TOSCANA  
con conseguente iscrizione ai fini previdenziali alla Cassa di  
Previdenza ENPAP e che in fattura verrà  
esposto il contributo previdenziale obbligatorio del \_\_\_\_\_ %;

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 FORFEITARIO (ART. 1 COMMA 51 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 MEDIOBANCA PREMIER SPA

sede LEGALE VIALE BODIO 37, MILANO

ABI 03058 CAB 01604

c/c n° 71540956 CIN G

IBAN IT 829 0305801604 100571540956

**BONIFICO BANCARIO ESTERO**

SWIFT CODE \_\_\_\_\_

IL BENEFICIARIO

CHIARA FERRAVANTE

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, FIRENZE 06/02/24

FIRMA

Chiara Ferravante