

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 Sottoscritto

COGNOME Arzilli NOME Guglielmo nato a Pisa
Prov. PI il 17/04/1992
C.F. RZLGLL92D17G702E
P.I. 02064340496 E mail guglielmo.arzilli@gmail.com
Cell./Tel. n. +39 3203403226
Pec (indirizzo di posta elettronica certificata)
guglielmo.arzilli@li.omceo.it

Residenza anagrafica:

Comune Cecina Località /
Via Metauro n. 39
Prov. LI C.A.P. 57023

Compilare solo se diverso dalla residenza:

domicilio fiscale

Comune _____ Località _____
Via _____ n. _____
Prov. _____ C.A.P. _____

Cittadinanza italiana

Stato estero di residenza _____ / _____ codice identificativo
fiscale estero _____ / _____

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

Sorveglianza e monitoraggio di indicatori relativi alle infezioni correlate all'assistenza e all'antibiotico resistenza, con particolare riferimento alla progettazione di sistemi di indicatori per sorveglianza e monitoraggio di indicatori relativi alle infezioni correlate all'assistenza e all'antibiotico resistenza in coerenza col Piano AID/ PNCAR (DGR 622/2023)

dal 01/02/2025 al 01/12/2025

DICHIARA

☒ di svolgere l'attività professionale di
Medico-Chirurgo

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 Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Livorno
con conseguente iscrizione ai fini previdenziali alla Cassa di
Previdenza ENPAM 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 _____;
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

☐ che in fattura applicherà il 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 _____ 

**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 agli 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

Forfettario

- e sceglie la seguente modalità di pagamento:**

Agenzia BANCO BPM

ABI 05034 CAB 01753

IBAN IT 87 R 05034 01753 000000046578

SWIFT CODE _____

Archer Lyndon

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.

FIRMA *Archer Hughes*