



DICHIARAZIONE PER COMPENSI A COLLABORATORI ESTERNI

NON RESIDENTI IN ITALIA

**PROFESSIONISTI E LAVORATORI OCCASIONALI CON REDDITI PRODOTTI
IN ITALIA**

**LAVORATORI AUTONOMI CON REDDITO ASSIMILATO AL DIPENDENTE PER REDDITI PRODOTTI SIA IN
ITALIA CHE ALL'ESTERO**

INQUADRAMENTO FISCALE, PREVIDENZIALE ED ASSICURATIVO

Soggetto non residente, non avente base fissa di svolgimento dell'attività in Italia, che non presenta dichiarazione dei redditi in Italia.

Il modulo deve essere essere obbligatoriamente compilato in tutte le sue parti.

Il/La sottoscritto/a:

Cognome

Nome

Passaporto o altro documento di identificazione rilasciato dal Paese di origine¹

Passaporto n.

Codice Fiscale rilasciato in Italia

Codice Fiscale

Codice Fiscale Estero o numero di identificazione fiscale dello Stato di origine

Codice Fiscale Estero

Partita IVA estera (es. VAT number)

Partita IVA estera

¹ Allegare fotocopia leggibile del documento, inclusa la pagina del visto apposto in Italia sul passaporto.



Nazione di nascita

Comune di nascita

Prov.

Data di nascita

Cittadinanza

Indicare la propria stabile residenza

Nazione di residenza

Comune di residenza

Prov.

CAP

Indirizzo

n.

Domicilio Fiscale²

Telefono

E-Mail

CHIEDE

che il pagamento del compenso relativo alla seguente attività/prestazione:

venga corrisposto nel seguente Conto Corrente:

IBAN

Codice BIC SWIFT

Banca

Agenzia n.

Nazione

Città

Provincia

Indirizzo

n.

² Da indicare se diverso dalla propria stabile residenza.



DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 di essere nei confronti della prestazione richiesta:

DICHIARAZIONE PER INQUADRAMENTO REDDITUALE

- A. Professionista non residente** (artt. 23 e 53 del DPR 917/86) non avente base fissa di svolgimento dell'attività in Italia, che non presenta dichiarazione dei redditi in Italia per la fattispecie, per cui la propria attività rientra fra le normali prestazioni oggetto della sua attività di lavoratore autonomo abituale di , con obbligo di rilascio di fattura, ai sensi dell'art. 7-ter DPR 633/1972, ovvero senza applicazione dell'IVA in quanto la prestazione è territorialmente rilevante in Italia (Paese del Committente).

I compensi vengono assoggettati alla ritenuta alla fonte a titolo d'imposta (art. 25 DPR 600/1973), ad eccezione dell'ipotesi di applicazione diretta della specifica convenzione contro le doppie imposizioni (vedere apposita sezione "Convenzioni per evitare le doppie imposizioni").

FIRMA

- B. Lavoratore autonomo con redditi assimilati a lavoro dipendente** non avente base fissa di svolgimento dell'attività in Italia, che non presenta dichiarazione dei redditi in Italia per la fattispecie, per cui la propria attività è riconducibile ai rapporti di lavoro autonomo con reddito assimilato a quello di lavoro dipendente (art. 50, comma 1, lettera c-bis, DPR 917/1986).

I compensi vengono assoggettati alla ritenuta alla fonte a titolo d'imposta (art. 24, comma 1-ter, DPR 600/1973), ad eccezione dell'ipotesi di applicazione diretta della specifica convenzione contro le doppie imposizioni (vedere apposita sezione "Convenzioni per evitare le doppie imposizioni").

Compilare le sezioni "INPS" e "INAIL".

FIRMA



- C. Lavoratore autonomo che non esercita abitualmente attività professionali** non residente non avente base fissa di svolgimento dell'attività in Italia, che non presenta dichiarazione dei redditi in Italia per la fattispecie, e pertanto di svolgere l'attività suddetta in forma del tutto occasionale (art. 67, comma 1, lettera I, DPR 917/1986), senza requisito di abitualità, continuità, professionalità, e di non essere obbligato all'emissione della fattura sul compenso essendo una prestazione al di fuori del campo di applicazione IVA ex art. 5, comma 2, DPR 633/1972.

I compensi vengono assoggettati alla ritenuta alla fonte a titolo d'imposta (art. 25 DPR 600/1973), ad eccezione dell'ipotesi di applicazione diretta della specifica convenzione contro le doppie imposizioni (vedere apposita sezione "*Convenzioni contro le doppie imposizioni*").

Compilare la sezione "INPS".

FIRMA



CONVENZIONI PER EVITARE LE DOPPIE IMPOSIZIONI

Ai fini dell'applicazione del Modello OCSE altresì

DICHIARA

Di avvalersi della Convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale tra Italia e lo Stato estero di residenza .

Di essere soggetto non residente, non avente base fissa di svolgimento dell'attività in Italia, e che non presenta dichiarazione dei redditi in Italia.

Gli importi dovuti risultano:

- Totalmente esenti
- Parzialmente esenti

ai sensi di quanto disposto dalla Convenzione Internazionale Bilaterale contro le Doppie Imposizioni fra l'Italia e di cui alla Legge art. (recepita dalla normativa interna in G.U. n° del) che prevede la tassazione del reddito scaturente dall'attività nel paese di residenza del percipiente per la fattispecie reddituale oggetto dell'incarico.

Per beneficiare dell'esonero dal pagamento totale/parziale delle imposte in Italia, allega:

- Certificato rilasciato dall'autorità fiscale dello Stato estero di appartenenza, attestante la residenza fiscale in (indicare lo Stato estero) per il periodo di imposta corrente, ai fini dell'applicazione delle convenzioni contro le doppie imposizioni.
- Il Modello D - Altri redditi, (predisposto dall'Agenzia delle Entrate con Provvedimento del 10 luglio 2013), compilato in ogni sua parte, completo dell'attestazione di residenza fiscale in (indicare lo Stato estero), rilasciata dalla corrispondente autorità fiscale del proprio Paese di residenza.

Nel caso in cui tale documentazione non venga presentata, si provvederà all'applicazione della ritenuta Irpef nella misura prevista dalla normativa vigente (artt. 24 e 25 DPR 600/1973).

FIRMA



DICHIARAZIONE AGLI EFFETTI PREVIDENZIALI – SEZIONE INPS

PER CHI FIRMA LA LETTERA “B” (LAVORATORE AUTONOMO CON REDDITI ASSIMILATI A LAVORO DIPENDENTE) E LA LETTERA “C” (LAVORATORE AUTONOMO CHE NON ESERCITA ABITUALMENTE ATTIVITÀ PROFESSIONALI)

Agli effetti dell'applicazione del contributo previdenziale INPS (art. 2, commi 25-32, Legge 335/1995), il sottoscritto conferma quanto sopra esposto e dichiara:

- INPS.1.** Che:
- non ha superato il limite contributivo annuo di € 119.650,00 (circolare INPS n. 24 del 29.01.2024), ed autorizza codesta amministrazione ad operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare l'eventuale superamento del limite, al fine di permettere l'interruzione della ritenuta ed evitare all'Ente il versamento di importi non dovuti. In difetto, si dichiara disponibile alla restituzione all'Ente medesimo delle somme indebitamente accreditate nella sua gestione separata INPS per effetto della sua stessa omissione, in attesa del rimborso da parte del medesimo INPS.
 - ha superato e/o prevede il superamento del limite contributivo annuo di € 119.650,00 (circolare INPS n. 24 del 29.01.2024), ed invita codesta amministrazione a non operare la trattenuta contributiva. Si impegna a comunicare l'eventuale mancato superamento del limite, al fine di permettere l'applicazione della ritenuta ed evitare all'Ente inadempimenti. In difetto, si dichiara disponibile alla restituzione all'Ente medesimo delle somme eventualmente richieste dall'INPS per effetto della omissione indotta.

FIRMA

- INPS.2.** Di:
- essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria e/o di trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, o titolare di pensione diretta c/o l'Ente , quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 24% (circolare INPS n. 24 del 29.01.2024). In caso di variazioni della propria posizione, si impegna a comunicarle all'università committente, al fine di consentire la corretta gestione contributiva con l'applicazione dell'aliquota piena.



- non essere titolare di copertura previdenziale obbligatoria e/o trattamento pensionistico indiretto o di reversibilità, quindi soggetto alla gestione contributiva nella misura del 33,72% più 1,31% per i casi previsti dalla circolare INPS N. 24 del 29.01.2024. In caso di variazioni della propria posizione, si impegna a comunicarle all'università committente al fine di consentire la corretta gestione contributiva con l'applicazione dell'aliquota ridotta.

FIRMA



INPS.3. Che:

- ha provveduto all'autodenuncia presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96.
- provvederà all'autodenuncia presso la sede competente INPS ex art. 4, DL 166/96.

FIRMA



DICHIARAZIONE AGLI EFFETTI ASSICURATIVI - SEZIONE INAIL

PER CHI FIRMA LA LETTERA "B" (LAVORATORE AUTONOMO CON REDDITI ASSIMILATI A LAVORO DIPENDENTE)

Agli effetti dell'applicazione del trattamento assicurativo INAIL, di cui al D.Lgs. 38/2000, il sottoscritto conferma quanto sopra esposto e dichiara:

- INAIL.1.** Di autorizzare il committente ad operare la ritenuta di sua competenza in occasione dell'erogazione degli emolumenti in base al tasso di premio applicabile al rischio derivante dall'attività oggetto dell'incarico nella misura che lo stesso committente giudica idonea per la specifica categoria. Si impegna inoltre a corrispondere, dietro semplice richiesta, eventuali quote di premio assicurativo a suo carico qualora il loro versamento avvenga anche successivamente al disciolto rapporto di lavoro oggetto del contratto (in vigore dal 1° luglio 2023 minimale annuo € 19.221,30, massimale annuo € 35.696,70, come da circolare INAIL 8 novembre 2023 n. 47).

FIRMA

- INAIL.2.** Di:
- non essere titolare di altri rapporti di lavoratore autonomo con redditi assimilati a lavoro dipendente, in contemporanea con quello oggetto del presente, su incarico di altri committenti. Si impegna a comunicare tempestivamente il variare di tale situazione, al fine di consentire l'esatta determinazione del premio INAIL di competenza di ogni singolo committente ed evitare all'Ente il versamento di importi in misura inferiore e/o superiore al dovuto.
 - essere titolare di altro/i rapporto/i di lavoratore autonomo con redditi assimilati a lavoro dipendente, con incarico di (indicare l'Ente o la Ditta privata), con durata dal al , compenso complessivo pari a € (in caso di spazio insufficiente compilare una scheda con i medesimi dati da allegare al presente).
Si impegna a comunicare tempestivamente il variare di tale situazione al fine di consentire l'esatta determinazione del premio INAIL di competenza di ogni singolo committente ed evitare all'Ente il versamento di importi in misura inferiore e/o superiore al dovuto.

FIRMA



PRENDE ATTO

che l'Università degli Studi di Cagliari è titolare del trattamento dei dati personali ai sensi delle norme del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, e del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs. 196/2003, nel rispetto della dignità umana, dei diritti e delle libertà fondamentali della persona. L'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato COLLABORATORI è pubblicata all'indirizzo https://www.unica.it/unica/it/utility_privacy.page. E dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato COLLABORATORI.

FIRMA

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

SI IMPEGNA

inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopraindicati, sollevando fin d'ora l'Università degli Studi di Cagliari da ogni responsabilità in merito.

Allegati

Cagliari

FIRMA DELL'INTERESSATO