

S.I.S.S.A. - I.S.A.S.

SCUOLA INTERNAZIONALE SUPERIORE DI STUDI AVANZATI - INTERNATIONAL SCHOOL FOR ADVANCED STUDIES
Via Beirut n.2-4, 34014 Trieste (Italy) tel.: 04037871 - telefax: 0403787528
Codice fiscale: 80035060328

Ver. 2

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a norma del D.P.R. 445/2000

Modello Dati Personali

Per gli adempimenti di competenza il/la sottoscritto/a comunica i propri dati. (Si prega di scrivere in stampatello)

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F

Nato il (gg/mm/aaaa) __ / __ / _____

Comune _____ Prov. _____ Stato _____

Stato di cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Codice Fiscale Estero/Num. di Assic. Sociale Estera _____

Tipo di Copertura Sanitaria in Italia _____

Copertura Sanitaria in Italia NO SI

Permesso di Soggiorno NO SI Data di scadenza __ / __ / _____

Stato civile: Celibe/Nubile Coniugato/a Divorziato/a Separato/a Vedovo/a

Residenza Fiscale

Via/Piazza _____ N. _____

Comune _____ Prov. _____

Stato _____ CAP _____

Domicilio (indicare solo se diversa dalla residenza fiscale)

Via/Piazza _____ N. _____

Comune _____ Prov. _____

Stato _____ CAP _____

Recapito per comunicazioni fiscali

Residenza Fiscale

Altro _____

Contatti

Tel. Casa _____ Tel. Cell. _____

Visto _____ 1

Tel. Ufficio _____ Tel. SISSA _____

Fax _____

e-mail _____

e-mail SISSA _____

Dichiara che l'attività da svolgere presso la S.I.S.S.A. riveste natura di:

A) lavoro assimilato a redditi da lavoro dipendente

- 1) collaborazione coordinata e continuativa (es. incarico di ricerca)
- 2) conferenziere dipendente di altro ente italiano
- 3) commissario di concorso
- 4) supplente
- 5) studente PhD
- 6) assegnista di ricerca
- 7) post-doc
- 8) borsista di ricerca

B) lavoro autonomo esercitato con partita I.V.A.

C) prestazione occasionale (art. 81, comma 1, lettera l) del D.P.R. 917/86)

(es. conferenziere se non dipendente di altro ente italiano)

D) collaborazione con solo rimborso spese

Dichiara che il proprio rapporto di lavoro in Italia durante l'anno in corso è:

- inferiore a 183 giorni
- uguale o superiore a 183 giorni

Posizione lavorativa al di fuori della SISSA

Titolare di Partita IVA

Partita IVA _____

Prestazione svolta relativa alla Professione SI NO

Iscrizione alla Cassa Previdenziale SI NO

Albo o Elenco _____

Pensionato

Dipendente Privato

Qualifica _____

Società/Ditta _____

Via/Piazza _____ N. _____

Comune _____ Prov. _____

Stato _____ CAP _____

Università /Ente Pubblico

Qualifica _____

Università /Ente Pubblico _____

Indirizzo Sede Principale Università/Ente Pubblico:

Via/Piazza _____ N. _____

Comune _____ Prov. _____

Stato _____ CAP _____

Indirizzo sede di lavoro:

Facoltà/Dipartimento/Ufficio _____

Via/Piazza _____ N. _____

Comune _____ Prov. _____

Stato _____ CAP _____

Socio di Società

Iscrizione alla Cassa Previdenziale SI NO

Altro _____

Modalità di pagamento

Per cassa (solo per lunghe permanenze alla Sissa)

Accredito su conto corrente Italiano

Numero conto corrente _____

Banca _____

Agenzia _____

Via/Piazza _____ N. _____

Comune _____ Prov. _____

CAP _____

CIN ___ ABI _____ CAB _____

Accredito su conto corrente estero

Account No. _____

Bank _____

Branch No. _____

Via/Piazza _____ N. _____

Comune _____ Prov. _____

Stato _____ CAP _____

Iban Swift Routing ABA BBZ BIC SWIFT-BIC _____

Code _____

Iban Swift Routing ABA BBZ BIC SWIFT-BIC _____

Code _____

Spedizione Assegno al seguente indirizzo

Residenza Fiscale

Domicilio

Altro (specificare): _____

Via/Piazza _____ N. _____

Comune _____ Prov. _____

Stato _____ CAP _____

Questionario fiscale e previdenziale

DICHIARA altresì

1) Se appartenente alle categorie A1), A3)(nel caso di compenso), A4), A5), A6) o C) (se il reddito supera Euro 5.000)

dichiara:

- I) di non essere iscritto alla gestione separata INPS
- II) di essere iscritto alla gestione separata INPS in qualità di:
 - II.a) lavoratore autonomo non abituale
 - II.b) titolare di collaborazione coordinata continuativa

2) Se appartenente alla categoria A1), A3) (nel caso di compenso) o A4) che

- ha superato il limite dei 65 anni di età e che entro il 29.06.2001:
 - si è avvalso della facoltà di non iscriversi alla gestione separata INPS
 - si è cancellato dalla gestione separata INPS

3) Se appartenente alla categoria A1), A2), A3) (nel caso di compenso), A4) o A8)

3a) di non richiedere di richiedere

a decorrere dal _____ l'applicazione delle seguenti detrazioni d'imposta dal reddito per carichi di famiglia, secondo quanto previsto dall'art.12 del D.P.R. 917/86:

- per coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato
- per n. ____ figli di età inferiore a 3 anni
Date di nascita: _____
Percentuale: 50% per legge 100% _____%
- per n. ____ figli di età pari o superiore a 3 anni

Date di nascita: _____

Percentuale: 50% per legge 100% _____%

per n. ____ figli portatori di handicap di età inferiore a 3 anni

Date di nascita: _____

Percentuale: 50% per legge 100% _____%

per n. ____ figli portatori di handicap di età pari o superiore a 3 anni

Date di nascita: _____

Percentuale: 50% per legge 100% _____%

(*) La detrazione al 100% spetta al dichiarante quando possiede il reddito più elevato del coniuge non a carico, previo accordo con quest'ultimo. In tale caso far sottoscrivere la dichiarazione che segue dal coniuge non a carico

Dichiarazione del coniuge

Il/La sottoscritto/a....., coniuge del dichiarante, attesta che concorda per l'assegnazione a quest'ultimo delle detrazioni per i figli a carico nella misura del 100% essendo il titolare del reddito più elevato (art. 12, comma 1, del DPR 917/1986 e successive modificazioni)

In fede.....

(**) La detrazione spetta, in mancanza di accordo, all'affidatario in caso di separazione legale ed effettiva, annullamento, scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio. Nel caso di affidamento congiunto o condiviso la detrazione è ripartita, in mancanza di accordo, nella misura del 50% tra i genitori. Ove il genitore affidatario ovvero, in caso di affidamento congiunto, uno dei genitori affidatari non possa usufruire in tutto o in parte della detrazione, per limiti di reddito, la detrazione è assegnata per intero al secondo genitore.

per n.____ altre persone a carico (art. 433, c.c.)

Percentuale: 50% per legge 100% _____%

3b) di non richiedere di richiedere

a decorrere dal _____ l'applicazione delle detrazioni d'imposta dal reddito per lavoro dipendente e assimilato, secondo quanto previsto dall'art.13 del D.P.R. 917/86 (Altre detrazioni).

3c) Dichiaro altresì ai fini dell'applicazione delle detrazioni (per carichi di famiglia e altre detrazioni):

- che il proprio reddito complessivo per l'anno _____ sarà presubilmente il seguente:
Euro _____ da aggiungere ai redditi di lavoro dipendente/assimilato
 di considerare il reddito da lavoro dipendente/assimilato **erogato dalla SISSA**

3d) di non richiedere di richiedere

L'applicazione dell'aliquota IRPEF massima del

- 23 % (per redditi fino a 15.000 Euro)
 27 % (per redditi da 15.001 a 28.000 Euro)
 38% (per redditi da 28.001 a 55.000 Euro)
 41% (per redditi da 55.001 a 75.000 Euro)
 43% (per redditi superiori a 75.001 Euro)

4) Il sottoscritto si avvale della convenzione con lo stato straniero per evitare la doppia imposizione fiscale: SI NO

Arrivo in Italia(gg/mm/aaaa): __ / __ / _____

Ufficio imposte stato straniero:

Nome Ufficio Imposte: _____

Via/Piazza _____ N. _____

Comune _____ Prov. _____

CAP _____

Stato _____

Qualora sopravvenissero delle variazioni rispetto quanto sopra dichiarato si impegna a comunicarlo tempestivamente per iscritto a questa Amministrazione.

Ai sensi della D. Lgs. 196/03, il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei propri dati per l'esecuzione di tutte le operazioni connesse con l'espletamento della pratica contrattuale e per fini statistici.

Data , _____ Firma _____