

COGNOME E NOME: _____
 LUOGO E DATA DI NASCITA: _____
 INDIRIZZO: _____
 CAP CITTA': _____
 CODICE FISCALE: _____
 CONTATTO E-MAIL: _____



Spett.le
Dipartimento di Management e Diritto
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
Via Columbia, 2
00133 Roma

Roma,

RICHIESTA DI PAGAMENTO

*Da utilizzare nel caso in cui **si è superato**, nell'anno in corso, il limite di € 5.000,00 di compensi per prestazione occasionale.*

Compenso per la prestazione occasionale relativa a:

 nell'ambito del Master/Corso
 svolte in data dal al

| | |
|---|--|
| COMPENSO: | |
| Contributo INPS Legge 335/95 (1/3 a carico percipiente) | |
| Ritenuta fiscale: 20% o% (del compenso) | |
| NETTO A PAGARE | |

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di **aver superato**, nell'anno in corso, compensi per prestazione occasionale per € 5.000,00 e che i redditi derivanti da rapporti di lavoro autonomo occasionale con altri committenti **superano per un importo di € _____ il limite di euro 5.000,00;**

- Di **essere** dipendente dello Stato o di altri Enti Pubblici
 Nell'Ente _____ Qualifica _____;
- Di **non essere** dipendente dello Stato o di altri Enti Pubblici
- Di **non esercitare** abitualmente la professione di cui alla presente richiesta di pagamento;
- Di **essere/non essere** iscritto ad Albo Professionale _____;
- Di **essere/non essere** iscritto ad una Cassa di Previdenza, in caso di iscrizione indicare la cassa di previdenza: _____;

Operazione fuori campo di applicazione dell'I.V.A. (art. 5, secondo comma del D.P.R. 26/10/1972 nr. 633 e successive modificazioni).

- Modalità di pagamento:

CODICE IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SWIFT:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 (Per pagamenti all'estero)

FIRMA

 Spazio riservato all'amministrazione

La spesa dovrà gravare sui fondi UPB _____

Visto per la regolarità della prestazione
 IL RESPONSABILE DELL'INIZIATIVA
 (nome cognome e firma)

Prot..... del
