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

BOLLO

€ 2,00

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

Roma,

RICHIESTA DI PAGAMENTO

COMPENSO + RIMBORSO SPESE

*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 + SPESE	_____
Contributo INPS Legge 335/95 (1/3 a carico percipiente)	_____
Ritenuta fiscale: 20% o ……% (del compenso + spese)	_____
NETTO A PAGARE	_____

*Allegare originali delle spese

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 ……