

PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO ORGANIZZATO DA:
 Sapitech s.r.l. - via della Chimica 4/G - 15121 Alessandria - +39 0131 1718283 - Fax +39 0131 348383
 P.IVA 02252770066
 info@sapitech.it - www.sapitech.it

Titolo del Corso / Evento	
Data di svolgimento	

Al fine di garantire il corretto adempimento delle procedure da **espletare con il Ministero della Salute**, nonché al fine di garantire il corretto espletamento di ogni altra pratica amministrativa funzionale al regolare svolgimento del Corso, si prega di compilare attentamente e integralmente il presente modulo e di consegnarlo al personale addetto.

* * *

In relazione al Corso sopra indicato IL SOTTOSCRITTO (si prega di COMPILARE IN STAMPATELLO):

Nome e Cognome	
Titolo accademico e specializzazione	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo residenza	
Codice Fiscale	
Partita I.V.A.	

Ciò premesso IL SOTTOSCRITTO, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite dalla legge dello Stato Italiano, sotto la propria responsabilità e con la consapevolezza che sarà sua cura comunicare tempestivamente qualsiasi modifica e/o integrazione al contenuto della presente dichiarazione che intervenga fino al definitivo saldo del compenso,

DICHIARA

1. **di accettare l'incarico in qualità di** _____ di cui all'oggetto;
2. **di autorizzare** la struttura organizzatrice dell'Evento **a trattare i propri dati personali** ai sensi del regolamento Europeo n.679/2016. Presa visione dell'informativa disponibile sul sito internet: www.sapitech.it/privacy-policy/

DICHIARA

- di accettare il compenso **LORDO** proposto per la partecipazione al corso ed **ammontante a complessivi**
- di rinunciare al compenso

FIRMA

Oltre a tutto quanto sopra, **IL SOTTOSCRITTO** ai sensi dell'**art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001** (*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*), con riferimento all'incarico di relatore dell'Evento di cui all'oggetto, **assume le dovute informazioni al riguardo presso la propria struttura di appartenenza e sotto la propria responsabilità**, altresì

DICHIARA

A) SULL'INCOMPATIBILITA' DEI PUBBLICI DIPENDENTI (Barrare la casella corrispondente)

In caso di dubbi prima di barrare la relativa casella si invita gli interessati a contattare sul punto la propria struttura di appartenenza:

1. Di non essere impiegato in un rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale.
2. Di essere un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale ma non soggetto ad autorizzazione.
3. Di essere impiegato in un rapporto di lavoro dipendente, ma che trattandosi di compenso non soggetto ad autorizzazione ai sensi del comma 6 dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, sarà sufficiente procedere alla comunicazione dei compensi erogati, prevista dalle leggi vigenti in materia, all'Amministrazione di appartenenza di cui si rilasciano gli estremi:

denominazione _____,

indirizzo completo (Via) _____ (Città) _____ (Prov.) _____ (CAP) _____.

4. Di essere impiegato in un rapporto di lavoro dipendente e di avere richiesto ed ottenuto la specifica autorizzazione ai sensi dei commi 7 e 10 dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 dalla propria Amministrazione di appartenenza, di cui si rilasciano gli estremi:

denominazione _____

indirizzo completo (Via) _____ (Città) _____ (Prov.) _____ (CAP) _____.

B) SULL'INQUADRAMENTO FISCALE (Barrare la/le casella/e corrispondenti):

1. Che la prestazione professionale in oggetto rientra nell'ambito dell'attività professionale di lavoro autonomo esercitata per professione abituale disciplinata, ai fini fiscali, dall'art. 53, del d.p.r. n. 917/1986 ed assoggettata ad IVA.
2. Che la prestazione professionale in oggetto non rientra, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, nell'oggetto dell'attività professionale di lavoro autonomo esercitata per professione abituale ed è qualificabile, ai fini fiscali, come prestazione di lavoro autonomo occasionale, di cui all'art. 67, comma 1, lett. l, del d.p.r. n. 917/1986 e il professionista non è titolare di partita IVA.
- 2a Che con il presente compenso ha superato i limiti di esenzione contributiva (pari a Euro 5.000 – ai sensi dell'Art. 44 della legge 326/03 e del chiarimento della circolare INPS nr. 103 del 6.7.2004) in data _____ e pertanto soggetto alla seguente aliquota:
- titolare di pensione diretta, aliquota pari a: _____
- iscritto ad altra forma pensionistica di seguito indicata: _____ aliquota pari a: _____
- non iscritto ad altra forma pensionistica, ma con redditi complessivi percepiti dal 01/01 c.a. ad oggi superiori a € 5.000,00 ma inferiori a € 105.014,00, con aliquota pari a: _____
- titolare di pensione Gestione Previdenziale Separata INPS ex art. 2, comma 26, Legge n. 335/95, e con riferimento al periodo di esecuzione della prestazione, soggetto escluso dall'obbligo di iscrizione e versamento presso la predetta Gestione Previdenziale Separata, in quanto per gli stessi redditi versa contribuzione previdenziale obbligatoria presso l'EMPAM

Luogo e data

In fede

(firma leggibile)

