



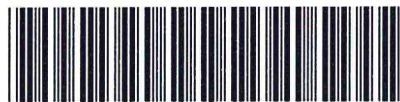
Regione Siciliana



CENTRO PER LA FORMAZIONE PERMANENTE
E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO



Protocollo nr. : 0001601
del 12/02/2015
Ente: CEFPAS
AOO:



20150001601

Al Dr. Pasqualino Dolore



Le conferiamo l'incarico di docente per complessive **n. 4 ore**, nel giorno **11 marzo 2015**, relativamente al Modulo "Elementi di confort alberghiero" - Unità didattica B "Igiene e prevenzione" del Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS) num. 1 (codice corso S6224), che ha luogo a Caltanissetta presso la sede del Cefpas dal dicembre 2014 al settembre 2015.

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito di valutazione comparativa, vista la sua iscrizione all'Albo permanente del CEFPAS, come previsto dal Regolamento per il conferimento di incarichi di responsabile scientifico/docente/tutor delle attività formative del CEFPAS pubblicato nel sito web dell'Ente www.cefpas.it e al quale si fa espresso rinvio.

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile e il compenso corrisposto, anche sulla base di quanto da Lei dichiarato in sede di iscrizione all'Albo del CEFPAS, è fissato in euro ottanta (80/00) per ogni ora effettiva di docenza, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico. La corresponsione del compenso comprende la formulazione delle prove di valutazione di apprendimento nonché la verifica degli elaborati in caso di prove a risposta aperta.

Prima dell'espletamento dell'incarico, e ai fini del perfezionamento del suo conferimento, dovrà restituire, a mezzo e-mail oppure a mezzo fax, la dichiarazione allegata per gli adempimenti previsti dalla normativa in materia di anticorruzione, debitamente compilata e firmata, oltre che la presente lettera, selezionando le voci di interesse e sottoscritta in calce.

Il Centro metterà a Sua disposizione l'ospitalità alberghiera e i pranzi di lavoro nelle giornate di riferimento del corso e procederà al rimborso delle spese sostenute secondo quanto stabilito dal regolamento su citato.

La invitiamo a consultare, per ogni ulteriore evenienza gli allegati alla presente (A, B, C, D, E) e curarne la compilazione per la parte di interesse.

Ultimato l'incarico, al fine di procedere al relativo versamento del corrispettivo, dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante gli importi afferenti al compenso lordo spettante e a eventuali spese di cui si chiede il rimborso.

La sua prestazione professionale, inoltre, sarà oggetto di valutazione da parte dei partecipanti.

Nel farle presente che per qualunque comunicazione organizzativa la segreteria delle attività formative risponde ai numeri 0934 505215 – fax 0934 591266, e che il responsabile del corso, Roberta Arnone tel.0934 381 e-mail arnone@cefpas.it, è a sua disposizione per ogni chiarimento, colgo l'occasione per porgerle i miei più cordiali saluti.

Il Direttore della Formazione
Pier Sergio Caltabiano

Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS) - Unità didattica B "Igiene e prevenzione" - Modulo "Elementi di confort alberghiero"

1

11 marzo 2015

Docente: Pasqualino Dolore



Regione Siciliana



CEFPAS

CENTRO PER LA FORMAZIONE PERMANENTE
E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO



Consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi del D.P.R. n.445/00 dichiara:

- di essere dipendente di Ente Pubblico (indicare l'Ente) _____
- di non essere dipendente di Ente Pubblico

• **Autorizzazione Ente di appartenenza**

- che si produrrà autorizzazione dell'Ente di appartenenza
- di essere esonerato dal produrre apposita autorizzazione dell'Ente di appartenenza, essendo l'attività formativa da espletare rivolta a dipendenti della Pubblica amministrazione, in base al comma 6, lett. f-bis) dell'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001. Dichiaro, inoltre, che il suddetto Ente non prevede, nemmeno in sede di regolamento aziendale, una diversa disciplina al riguardo

• **Assenza Conflitto di interesse**

In conformità all'art. 3.3 del Regolamento Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009 sul Conflitto di Interessi ed in relazione al presente incarico per conto del CEFPAS – ID provider n. 428 consapevole che l'AGENAS può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica amministrazione, dichiara di avere avuto negli ultimi due anni rapporti collaborazione e/o finanziamenti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

- Si** (se sì, indicare quali) _____
- No**

• **Dichiarazioni Fiscali**

- che l'attività costituisce prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi dell'art. 5 DPR 633/1972
- che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura

• **Richiesta crediti ECM attività di docenza**

- Si** **No**

• **Dichiarazione informazioni curriculum**

Dichiara, ai sensi del D.P.R. n.445/00, che tutte le informazioni contenute nel Curriculum vitae allegato al momento dell'iscrizione all'Albo Referenti scientifici/Docenti sono veritiere.

Si accetta integralmente quanto previsto nella presente lettera d'incarico e nel regolamento vigente del Cefpas per il conferimento di incarichi e s.m.i.

Data _____

Firma _____

(Per la regolarità delle dichiarazioni autocertificative andrà allegata copia di valido documento di riconoscimento)

Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS) - Unità didattica B "Igiene e prevenzione" - Modulo "Elementi di confort alberghiero"

2

11 marzo 2015

Docente: Pasqualino Dolore



Regione Siciliana



CENTRO PER LA FORMAZIONE PERMANENTE
E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO



Protocollo nr. : 0001601
del 12/02/2015
Ente: CEFPAS
AOO:



Al Dr. Pasqualino Dolore
Contrada Serre Borgesi
92025 Casteltermini AG
Pasqui70@alice.it

Le conferiamo l'incarico di docente per complessive **n. 4 ore**, nel giorno **11 marzo 2015**, relativamente al Modulo "Elementi di confort alberghiero" - Unità didattica B "Igiene e prevenzione" del Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS) num. 1 (codice corso S6224), che ha luogo a Caltanissetta presso la sede del Cefpas dal dicembre 2014 al settembre 2015.

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito di valutazione comparativa, vista la sua iscrizione all'Albo permanente del CEFPAS, come previsto dal Regolamento per il conferimento di incarichi di responsabile scientifico/docente/tutor delle attività formative del CEFPAS pubblicato nel sito web dell'Ente www.cefpas.it e al quale si fa espresso rinvio.

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile e il compenso corrisposto, anche sulla base di quanto da Lei dichiarato in sede di iscrizione all'Albo del CEFPAS, è fissato in euro ottanta (80/00) per ogni ora effettiva di docenza, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico. La corresponsione del compenso comprende la formulazione delle prove di valutazione di apprendimento nonché la verifica degli elaborati in caso di prove a risposta aperta.

Prima dell'espletamento dell'incarico, e ai fini del perfezionamento del suo conferimento, dovrà restituire, a mezzo e-mail oppure a mezzo fax, la dichiarazione allegata per gli adempimenti previsti dalla normativa in materia di anticorruzione, debitamente compilata e firmata, oltre che la presente lettera, selezionando le voci di interesse e sottoscritta in calce.

Il Centro metterà a Sua disposizione l'ospitalità alberghiera e i pranzi di lavoro nelle giornate di riferimento del corso e procederà al rimborso delle spese sostenute secondo quanto stabilito dal regolamento su citato.

La invitiamo a consultare, per ogni ulteriore evenienza gli allegati alla presente (A, B, C, D, E) e curarne la compilazione per la parte di interesse.

Ultimato l'incarico, al fine di procedere al relativo versamento del corrispettivo, dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante gli importi afferenti al compenso lordo spettante e a eventuali spese di cui si chiede il rimborso.

La sua prestazione professionale, inoltre, sarà oggetto di valutazione da parte dei partecipanti.

Nel farle presente che per qualunque comunicazione organizzativa la segreteria delle attività formative risponde ai numeri 0934 505215 – fax 0934 591266, e che il responsabile del corso, Roberta Arnone tel.0934 381 e-mail arnone@cefpas.it, è a sua disposizione per ogni chiarimento, colgo l'occasione per porgerle i miei più cordiali saluti.

Il Direttore della Formazione
Pier Sergio Caltabiano

Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS) - Unità didattica B "Igiene e prevenzione" - Modulo "Elementi di confort alberghiero"

11 marzo 2015

Docente: Pasqualino Dolore

1



Regione Siciliana



CENTRO PER LA FORMAZIONE PERMANENTE
E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO



Consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi del D.P.R. n.445/00 dichiara:

- di essere dipendente di Ente Pubblico (indicare l'Ente) _____
- di non essere dipendente di Ente Pubblico

• **Autorizzazione Ente di appartenenza**

- che si produrrà autorizzazione dell'Ente di appartenenza
- di essere esonerato dal produrre apposita autorizzazione dell'Ente di appartenenza, essendo l'attività formativa da espletare rivolta a dipendenti della Pubblica amministrazione, in base al comma 6, lett. f-bis) dell'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001. Dichiaro, inoltre, che il suddetto Ente non prevede, nemmeno in sede di regolamento aziendale, una diversa disciplina al riguardo

• **Assenza Conflitto di interesse**

In conformità all'art. 3.3 del Regolamento Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009 sul Conflitto di Interessi ed in relazione al presente incarico per conto del CEFPAS – ID provider n. 428 consapevole che l'AGENAS può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica amministrazione, dichiara di avere avuto negli ultimi due anni rapporti collaborazione e/o finanziamenti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

- Si** (se sì, indicare quali) _____
- No**

• **Dichiarazioni Fiscali**

- che l'attività costituisce prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi dell'art. 5 DPR 633/1972
- che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura

• **Richiesta crediti ECM attività di docenza**

- Si** **No**

• **Dichiarazione informazioni curriculum**

Dichiara, ai sensi del D.P.R. n.445/00, che tutte le informazioni contenute nel Curriculum vitae allegato al momento dell'iscrizione all'Albo Referenti scientifici/Docenti sono veritiere.

Si accetta integralmente quanto previsto nella presente lettera d'incarico e nel regolamento vigente del Cefpas per il conferimento di incarichi e s.m.i.

Data _____

Firma _____

(Per la regolarità delle dichiarazioni autocertificative andrà allegata copia di valido documento di riconoscimento)

Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS) - Unità didattica B "Igiene e prevenzione" - Modulo "Elementi di confort alberghiero"

2

11 marzo 2015

Docente: Pasqualino Dolore



“Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS)”

Unità didattica B “Aspetti tecnici operativi dell’igiene”

Modulo Elementi di confort alberghiero

(codice corso S6224)

11 marzo 2015

DOCENTE: Pasqualino Dolore

ALLEGATO DICHIARAZIONE NORMATIVA ANTICORRUZIONE (L.6/11/12 n. 190)

Il/La sottoscritto/a _____, relativamente all’incarico conferito con nota Prot. N° _____ del _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), nonché del D.Lgs 14 marzo 2013 n. 33, della Legge 6 novembre 2012 n. 190 e del D.Lgs 8 aprile 2013 n. 39, dichiara di aver preso visione del codice di comportamento CEFPAS, adottato ai sensi dell’art. 54 del D.Lgs 30 marzo 2001 n. 165 pubblicato sul sito del Cefpas.

dichiara inoltre sotto la propria responsabilità che:

- a) non svolge incarichi o non è titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

ovvero

- svolge incarichi o è titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, sotto specificati:

INCARICHI O TITOLARITÀ DI CARICHE	ENTE PRIVATO regolato o finanziato dalla Pubblica Amministrazione	RELATIVO COMPENSO con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato

- b) non svolge attività professionali;

ovvero

- svolge attività professionali meglio di seguito indicate:

ATTIVITÀ PROFESSIONALE	RELATIVO COMPENSO

- c) non incorre nelle cause di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi previsti dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39, attuativo dell’art. 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190*
- d) non incorre in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell’art. 53, comma 14, D.Lgs 165/2001**.

Ai sensi del D.Lgs 196/2003, autorizza il CEFPAS a trattare nonché pubblicare, ove previsto, i dati contenuti nella presente dichiarazione nonché il curriculum vitae allegato per l’iscrizione all’Albo dei docenti.

Data

IL DICHIARANTE

*In caso contrario non è possibile affidare l’incarico



“Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS)”

Unità didattica B “Aspetti tecnici operativi dell’igiene”

Modulo Elementi di confort alberghiero

(codice corso S6224)

11 marzo 2015

DOCENTE: Pasqualino Dolore

ALLEGATI LOGISTICA E COMPENSO

• **Mezzi di trasporto:**

Qualora abbia la necessità della prenotazione del volo aereo,

Le chiediamo cortesemente, di compilare i campi dell’allegato A) con la segnalazione di preferenze circa le date, la compagnia aerea, la tratta e l’orario dei voli al fine di provvedere alla prenotazione del volo presso la nostra agenzia di viaggi con le spese per il volo a carico del Cefpas. Si fa presente che l’aeroporto siciliano più vicino al Cefpas è il Bellini/Fontanarossa di Catania.

Per raggiungere il Cefpas è possibile prendere all’aeroporto di Catania l’autobus extraurbano SAIS (i cui orari è possibile visionare sul sito www.saistrasporti.it) con arrivo alla Stazione Centrale di Caltanissetta. \

Da lì è possibile prendere l’autobus urbano SCAT linea n.4 che arriva direttamente al Cefpas (i cui orari è possibile consultare cliccando sul seguente link: <http://www.scattrasporti.it/cms/-16-9/linea-4.htm>)

Qualora desiderasse utilizzare il mezzo proprio dovrà compilare l’allegato B) da spedire, debitamente firmato, prima dell’inizio del corso per posta o per fax al n. 0934/591266.

Si fa presente che sarà possibile procedere all’eventuale prenotazione del biglietto aereo solo dopo aver acquisito la lettera di incarico regolarmente compilata e firmata.

• **Vitto:**

Per gli incarichi da svolgere presso la città di Caltanissetta sarà messo a disposizione, per il pasto, il servizio di ristorazione fornito presso il Centro. Per la cena e per gli incarichi da svolgere in altre città sarà riconosciuto fino ad un massimo di € 22,26 a pasto, tenuto conto dei vigenti limiti normativi. Nel merito si rimanda alla Circolare *Rimborso spese di vitto* prot. 2028 del 20/02/2014, pubblicata nel sito web dell’Ente www.cefpas.it (sezioni regolamenti).

• **Alloggio:**

La sistemazione alberghiera è prevista presso la struttura del Cefpas nello stesso complesso edilizio in cui si tiene il corso. Si prega di compilare i dati dell’allegato C) relativi alla richiesta di prenotazione della camera in regime di B&B se interessati al pernottamento presso il Cefpas.

LIQUIDAZIONE DEL COMPENSO

Al fine di procedere alla liquidazione del suo compenso e dei rimborsi spese la invitiamo a prendere visione del Regolamento art. 8 del CEFPAS e Le ricordiamo, inoltre, che potrà consegnare al personale di segreteria:

-fattura, qualora titolare di P. IVA o, in alternativa, Notula di collaborazione occasionale **in originale** compilata e firmata e che dovrà essere munita di una marca da bollo dell'importo di euro 2,00. Qualora i compensi ricevuti dal Cefpas o da altri enti per l’anno 2013 siano inferiori ad € 5.000 potrà utilizzare l’allegato D), se superiori ad € 5.000 potrà utilizzare l’allegato E);

- **giustificativi di spese per il rimborso** secondo quanto previsto dal Regolamento (mezzi pubblici, cene nei giorni dei corsi nei limiti di € 22,26 a pasto) e dalla Circolare attualmente in vigore Circolare *Rimborso spese di vitto* prot. 2028 del 20/02/2014, pubblicata nel sito web dell’Ente www.cefpas.it (sezione regolamenti).

- **biglietto aereo e relativa carta di imbarco** nel caso il Centro non abbia provveduto direttamente alla prenotazione, in caso contrario solo la **carta di imbarco**.

Eventuali spese per l’utilizzo di taxi non saranno ammesse al rimborso, pertanto saranno a suo carico.



“Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS)”

Unità didattica B “Aspetti tecnici operativi dell’igiene”

Modulo Elementi di confort alberghiero

(codice corso S6224)

11 marzo 2015

DOCENTE: Pasqualino Dolore

Si specifica che i suddetti documenti se presentati successivamente al corso andranno inviati esclusivamente a mezzo posta al seguente indirizzo:

CEFPAS Via G. Mulè, 1 93100 Caltanissetta



“Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS)”

Unità didattica B “Aspetti tecnici operativi dell’igiene”

Modulo Elementi di confort alberghiero

(codice corso S6224)

11 marzo 2015

DOCENTE: Pasqualino Dolore

ALLEGATO A)

RICHIESTA PRENOTAZIONE VOLO AEREO

Volo da prenotare a nome di:

COGNOME _____ NOME _____

	ANDATA	RITORNO
COMPAGNIA AEREA		
TRATTA		
DATA		
ORARIO		



“Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS)”

Unità didattica B “Aspetti tecnici operativi dell’igiene”

Modulo Elementi di confort alberghiero

(codice corso S6224)

11 marzo 2015

DOCENTE: Pasqualino Dolore

Al CEFPAS

Sede

Allegato B)

Richieste di autorizzazione al rimborso spese a titolo di indennizzo all’uso del mezzo proprio con dichiarazione di esonero da responsabilità per uso dello stesso.

Il sottoscritto _____, docente del corso su indicato, residente a _____ secondo quanto previsto dall’art. 8 del Regolamento per il conferimento degli incarichi di collaborazione per docenza, direzione e tutoraggio delle attività formative, agli incaricati provenienti dalla Regione Sicilia,

DICHIARA

espressamente di esonerare codesto Centro da ogni responsabilità eventualmente derivante dall’uso di tale mezzo.

CHIEDE

di essere autorizzato all’uso del mezzo proprio con le modalità ed i limiti di rimborso di cui al succitato Regolamento, contestualmente chiede il rimborso spese a titolo di indennizzo, pari al prezzo del biglietto del mezzo pubblico previsto per la tratta percorsa dalla provincia di residenza al CEFPAS (andata e ritorno).

A tal fine,

DICHIARA

che il prezzo del biglietto del mezzo pubblico è pari ad €. _____ e pertanto ne chiede il rimborso.

Barrare la voce di interesse:

Destinazione	corsa semplice		A/R	
Agrigento-Caltanissetta	€ 5,90		€ 9,40	
Catania-Caltanissetta	€ 9,90		€ 15,80	
Enna-Caltanissetta	€ 4,30		€ 6,80	
Messina- Catania	€ 8,40		€ 13,00	
Palermo-Caltanissetta	€ 10,30		€ 16,40	
Ragusa -Caltanissetta	€ 18,50		€ 28,80	
Siracusa-Caltanissetta	€ 16,10		€ 25,40	
Trapani-Palermo	€ 21,30		€ 28,40	

Data

Firma



“Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS)”

Unità didattica B “Aspetti tecnici operativi dell’igiene”

Modulo Elementi di confort alberghiero

(codice corso S6224)

11 marzo 2015

DOCENTE: Pasqualino Dolore

Data	Responsabile CEFPAS
___ / ___ / ___	

ALLEGATO C)

RICHIESTA PRENOTAZIONE CAMERA IN REGIME DI B&B PRESSO LA CASA PER FERIE DEL CEFPAS:

Cognome- Nome	Arrivo		Partenza	
	Data	Ora	Data	Ora



“Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS)”

Unità didattica B “Aspetti tecnici operativi dell’igiene”

Modulo Elementi di confort alberghiero

(codice corso S6224)

11 marzo 2015

DOCENTE: Pasqualino Dolore

ALLEGATO D)

Modello notula di collaborazione occasionale per importi non soggetti a gestione separata

marca da bollo € 2,00

*(da apporre a cura del presentatore per
documenti di importo complessivo superiore
a € 77,47 emessi in relazione ad operazioni
fuori campo IVA o esenti da IVA)*

Spett. le CEFPAS
Via G. Mulè, 1
93100 Caltanissetta

Il sottoscritto _____

Codice Fiscale _____

dichiara di avere svolto in data _____

l’incarico conferito con nota prot. n. _____ del _____

A) Compenso lordo Euro _____

B) Rimborso spese (come da copie delle spese allegate) Euro _____

C) Ritenuta d’acconto Irpef (20% su A+B) Euro _____

D) Netto percepito (A+B-C) Euro _____

Il/la sottoscritto/a dichiara che trattasi di prestazione occasionale ai sensi dell’art. 81 lett. L del TUIR 917/16 e non soggetta ad IVA ai sensi dell’art. 5 DPR 26/10/1972 n. 633 e successive modifiche ed integrazioni

Pregasi versare l’importo sul c/c intestato a _____ presso la
filiale _____ della Banca _____

ABI _____ CAB _____ C/C _____ CIN _____

IBAN _____

Ai fini della corretta applicazione del contributo INPS previsto dall’art.44.del D.L. 30 settembre 2003, n.269 convertito in legge 24 novembre 2003 n.326, dichiaro che **per l’anno** _____ i redditi derivanti da rapporti di lavoro autonomo occasionale intrattenuti con il CEFPAS e con altri committenti **non superano il limite di euro 5.000,00**. Il compenso indicato nella presente nota spese **non è pertanto da assoggettare al contributo INPS** previsto dalla norma citata.

Data _____

Firma _____



“Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS)”

Unità didattica B “Aspetti tecnici operativi dell’igiene”

Modulo Elementi di confort alberghiero

(codice corso S6224)

11 marzo 2015

DOCENTE: Pasqualino Dolore

ALLEGATO E)

Modello notula di collaborazione occasionale per importi soggetti a gestione separata

marca da bollo € 2,00

(da apporre a cura del presentatore per
documenti di importo complessivo superiore
a € 77,47 emessi in relazione ad operazioni
fuori campo IVA o esenti da IVA)

Spett. le CEFPAS
Via G. Mulè, 1
93100 Caltanissetta

Il sottoscritto _____

Codice Fiscale _____

dichiara di avere svolto in data _____

l’incarico conferito con nota prot. n. _____ del _____

A) Compenso lordo Euro _____

B) Rimborso spese (come da copie delle spese allegate) Euro _____

C) Ritenuta d’acconto Irpef (20% su A+B) Euro _____

D) **Contributo INPS: (1/3 dell’aliquota ____ % calcolato su _____) Euro _____**

E) Netto percepito (A+B-C-D) Euro _____

Il/la sottoscritto/a dichiara che trattasi di prestazione occasionale ai sensi dell’art. 81 lett. L del TUIR 917/16 e non soggetta ad IVA ai sensi dell’art. 5 DPR 26/10/1972 n. 633 e successive modifiche ed integrazioni

Pregasi versare l’importo sul c/c intestato a _____ presso la
filiale _____ della Banca _____
ABI _____ CAB _____ C/C _____ CIN _____
IBAN _____

Ai fini della corretta applicazione del contributo INPS previsto dall’art.44.del D.L. 30 settembre 2003, n.269 convertito in legge 24 novembre 2003 n.326, dichiaro che avendo il sottoscritto per l’anno ____ **superato il limite di euro 5.000,00** per i redditi derivanti da rapporti di lavoro autonomo occasionale intrattenuti con il CEFPAS e con altri committenti, il compenso indicato nella presente è da assoggettare al contributo INPS del _____ previsto dalla norma citata.

Data _____

Firma _____