



Il/La sottoscritto/a **LAZZARI MARINELLA**

Codice fiscale LZZHNL56R45F083E		Cognome (per le donne sposate quello da nubile)	Nome
Data di nascita 05-10-1956	Sesso M/F F	Comune (o stato estero di nascita) BOLOGNA MEDICINA	Provincia di nascita BO
Via e numero civico PAGANINO BONAFEDE 11		Comune di residenza BO	Provincia di residenza BO
Telefono/Cell. 349 86 135 74		Indirizzo e-mail: LAZZARIMARINELLA@ALICE.IT	

Sotto la propria personale responsabilità,

dichiara

- 1) di svolgere attività di lavoro autonomo soggetto ad I.V.A. ai sensi del D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 633 e successive modificazioni ed integrazioni e di essere, pertanto, titolare della partita IVA n. _____;
- 2) di essere iscritto alla Gestione Speciale Previdenziale (rivalsa Inps), contributo del 4%;
- 3) di essere iscritto alla Cassa di Previdenza Autonoma, contributo del **2% - 4% - 5%** (*barrare l'aliquota*);
- 4) di essere/non essere iscritto all'Albo Professionale dei _____ della provincia di _____;
- 5) di non essere soggetto ad alcun adempimento I.V.A. ex D.P.R. del 26.10.1972 n. 633 e successive modificazioni ed integrazioni (*prestazione occasionale di lavoro autonomo*);
- 6) di essere dipendente ¹ del _____ in qualità di _____ precisando che l'incarico conferitogli:
- è / non è in relazione alle funzioni della propria qualifica;
 - deve / non deve essere riversato, per clausola contrattuale, al proprio datore di lavoro;
- 7) di essere / ~~non essere stato~~ collocato a riposo il **1-12-2017** con i benefici previsti dagli artt. 2 e 3 della Legge n. 336/70 e successive modificazioni ed integrazioni (aumento convenzionale dell'anzianità e/o della pensione agli ex combattenti od agli invalidi già dipendenti dello Stato o di altri Enti pubblici).
- 8) di non essere iscritto/a a forme pensionistiche obbligatorie per la collaborazione coordinata e continuativa relativa all'attività di _____ e di avere quindi inoltrato domanda di iscrizione alla gestione separata INPS (sede di _____) come da fotocopia allegata.
- 9) di essere iscritto per la collaborazione coordinata e continuativa relativa all'attività di _____ e alla seguente forma pensionistica obbligatoria _____.
- 10) .Dichiara, altresì, **di avere / non avere** superato l'importo di € 5.000,00 di reddito annuo per lavoro autonomo occasionale (secondo comma dell'art. 44, legge n. 326/2003).

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti sono trattati, in conformità a quanto disposto dall'art. 13 come indicato nel retro del presente modello.

¹ A tal fine allega autorizzazione del proprio Ente di appartenenza (Pubblica amministrazione) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/01 T..U.

Consapevole delle sanzioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi.

Bologna li 16/01/2023

Marinella Lazzari
(firma leggibile)