



Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione

MU103150 06

**Dichiarazione modalità di svolgimento attività formativa
per personale esterno**

Rev. 8 del 26/03/2024

Pagina 1 di 3

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E FIRMATO DAL PRESTATORE, IL QUALE SI ASSUME LA RESPONSABILITA' CIRCA LA VERIDICITA' DEI DATI COMUNICATI. NELLE MORE DEL SUO RICEVIMENTO, COMPLETATO IN OGNI SUA PARTE, NON SARA' POSSIBILE PROCEDERE AL PAGAMENTO DEL COMPENSO SPETTANTE.

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritto

nato il a

residente a via n.

CAP Provincia Cell.

CF P.IVA

email

INCARICATO AL CORSO

in qualità di: ☐ Tutor ☐ Docente

DICHIARA DI ESSERE

- ☐ Dipendente pubblico (indicare ente di appartenenza)
- ☐ Pensionato
- ☐ Altro (Es. Titolare P. IVA)

DICHIARA

di svolgere l'attività : ☐ a titolo gratuito con rimborso spese ☐ a titolo gratuito senza rimborso spese
☐ a titolo oneroso con rimborso spese ☐ a titolo oneroso senza rimborso spese

prevedendo un compenso per la docenza/tutoraggio di Euro

e un rimborso spese a preventivo di Euro

N.B.: Nel caso di rimborso delle spese dovrà essere compilato a prestazione avvenuta il modulo MU103150 07



Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione

**Dichiarazione modalità di svolgimento attività formativa
per personale esterno**

MU103150 06

Rev. 8 del 26/03/2024

Pagina 2 di 3

**DA COMPILARE SE LA PRESTAZIONE E' A TITOLO ONEROSO (COMPENSO E/O RIMBORSO SPESE)
DATI PER IL PAGAMENTO**

N. IBAN

Banca

Agenzia

DICHIARAZIONE REGIME FISCALE

Il sottoscritto dichiara di svolgere l'attività come: (deve essere obbligatoriamente indicata una delle due opzioni)

- ☐ **libero professionista** con emissione di fattura in quanto titolare di PARTITA IVA
- ☐ **prestazione occasionale** (non si deve essere titolari di PARTITA IVA e, se dipendente pubblico, deve essere richiesta l'autorizzazione/comunicazione al proprio ente di appartenenza)

DA COMPILARE SIA PER TITOLARI PARTITA IVA CHE PER PRESTAZIONE OCCASIONALE

DATI IDENTIFICATIVI NSO (Nodo Smistamento ordini)

deve essere indicato almeno un canale tra i 3 indicati

SdiCoop:

Intermediario Peppol:

Pec:

Codice IPA UOC Formazione: 2BY1CV

DA COMPILARE SE TITOLARI DI P. IVA/LIBERI PROFESSIONISTI

Ente previdenziale di appartenenza (indicare nome e %)

Regime fiscale: ☐ Ordinario

☐ Forfettario (L. 190/2014)

☐ Contribuenti minimi (L. 244/2007 o Dl. 98/2011)

☐ Altro



Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione

MU103150 06

**Dichiarazione modalità di svolgimento attività formativa
per personale esterno**

Rev. 8 del 26/03/2024

Pagina 3 di 3

DA COMPILARE NEL CASO DI PRESTAZIONE OCCASIONALE (DOCENTI NON TITOLARI DI PARTITA IVA)

Il sottoscritto DICHIARA di essere iscritto:

- ☐ ENPAM (Es. Medico dipendente di altra struttura che svolge attività di docenza) e dichiara di comunicare il proprio compenso ad ENPAM ai fini previdenziali (Circolare INPS n. 57 del 20.04.2012)
- ☐ ENPAPI (Es. Infermiere dipendente di altra struttura iscritto all'albo che svolge attività di docenza) e nello specifico di essere iscritto alla Gestione separata ENPAPI oppure di impegnarsi ad iscriversi (in quanto i compensi sono assoggettati a contribuzione presso la cassa ENPAPI senza franchigia minima)
- ☐ INPS (per soggetti non rientranti nei due casi precedenti) - barrare una delle caselle sottostanti:
- ☐ di non aver fruito nell'anno in corso, ai fini contributivi, della franchigia di 5.000 euro prevista dall'art. 44 del DL 30 settembre 2003, n. 269 (compresi compensi percepiti, anche da altri committenti, nell'anno in corso compreso il compenso di cui alla presente dichiarazione);
- ☐ di aver fruito della franchigia INPS di 5.000 € e di conseguenza essere iscritto alla gestione separata INPS
- ☐ ALTRO - specificare l'ente previdenziale di appartenenza:

oppure di essere:

- ☐ PENSIONATO – e quindi di essere iscritto:
- ☐ ENPAM (Es. Medico pensionato iscritto all'albo che svolge attività di docenza) e dichiara di comunicare il proprio compenso ad ENPAM ai fini previdenziali (Circolare INPS n. 57 del 20.04.2012);
- ☐ ENPAPI (Es. Infermieri pensionati iscritti all'albo che svolgono attività di docenza) e nello specifico di essere iscritto alla Gestione separata ENPAPI oppure di impegnarsi ad iscriversi (in quanto i compensi sono assoggettati a contribuzione presso la cassa ENPAPI senza franchigia minima);
- ☐ INPS (per soggetti non rientranti nei due casi precedenti) - barrare una delle caselle sottostanti:
- ☐ di non aver fruito nell'anno in corso, ai fini contributivi, della franchigia di 5.000 euro prevista dall'art. 44 del DL 30 settembre 2003, n. 269 (compresi compensi percepiti, anche da altri committenti, nell'anno in corso compreso il compenso di cui alla presente dichiarazione);
- ☐ di aver fruito della franchigia INPS di 5.000 € e di conseguenza essere iscritto alla gestione separata INPS
- ☐ ALTRO - specificare l'ente previdenziale di appartenenza:

Verona, _____

Firma _____