

COGNOME e NOME			
nato a		il	
Res.te in	Via/P.za	n.	CAP.
Domicilio fiscale (se diverso da res.za) :			n.
CODICE FISCALE:			
Tel.		Cell.	
e-mail:			
<u>Dichiara di essere soggetto al seguente REGIME FISCALE:</u>			
1) <input type="checkbox"/> medico intramoenia presso (DENOMINAZIONE e SEDE LEGALE dell'AZIENDA OSPEDALIERA)			
a) <input type="checkbox"/> <u>emissione di fattura da parte della AUSL-</u> (ex art. 50, comma 1, lett. e) TUIR			
b) <input type="checkbox"/> <u>lavoratore dipendente autorizzato all'espletamento di consulenza fuori dell'attività intramuraria</u> (ex art. 50, comma 1, lett. f) TUIR- con ritenuta fiscale del _____%; Addiz. Reg.le _____; Addiz. com.le _____)-			
2) <input type="checkbox"/> libero professionista			
P.IVA: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> soggetto a 4% Rivalsa INPS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> soggetto a _____% Cassa di Previdenza		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> prestazione esente da IVA ex art.1 comma 100 Legge Finanziaria 244/07 "contribuenti minimi"		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> regime agevolato autonomi cd. regime forfettario ex L. 190/2014 modificata dall'art.1 co.111-113 Legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016)		

◆ COORDINATE BANCARIE o POSTALI:

Paese	cifra	CIN	ABI (in 5 cifre)	CAB (in 5 cifre)	n. c/c in 12 CARATTERI
IT					

Codice BIC _____

Luogo _____ data _____ firma _____