

Scheda posizione fiscale

Il sottoscritto:

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA (Via/Piazza, n°civico, Città, CAP)	
DOMICILIO FISCALE (Solo se diverso dalla residenza)	
CODICE FISCALE	
TELEFONO	
E-MAIL/PEC	

dichiara

sotto la propria responsabilità di essere:

☐ **assimilato a lavoro dipendente** _____ % aliquota fiscale

☐ **lavoratore dipendente pubblico** _____ % aliquota fiscale

DENOMINAZIONE DATORE DI LAVORO	
INDIRIZZO DATORE DI LAVORO (Via/Piazza, n°civico, Città, CAP)	

☐ **medico intramoenia**

DENOMINAZIONE AZIENDA OSPEDALIERA	
SEDE LEGALE AZIENDA OSPEDALIERA (Via/Piazza, n°civico, Città, CAP)	

- ☐ con emissione di fattura da parte della AUSL (ex art. 50, comma 1, lett. e) TUIR
- ☐ con autorizzazione all'espletamento di consulenza fuori dall'attività intramuraria (ax art. 50 comma 1, lett. f) TUIR. Reddito assimilato a quello di lavoratore dipendente con ritenuta fiscale del _____ %

☐ **libero professionista**

NUMERO PARTITA I.V.A	
----------------------	--

- ☐ soggetto rivalsa INPS _____ %
- ☐ soggetto a _____ % cassa di previdenza
- ☐ eventuale altro regime fiscale _____

☐ **studio associato**

NUMERO PARTITA I.V.A

LEGALE RAPPRESENTANTE

Indicare le coordinate bancarie/postali necessarie per la liquidazione:

DENOMINAZIONE ISTITUTO
BANCARIO/POSTALE

CODICE BIC

CODICE IBAN
(27 caratteri tra numeri e lettere)

Quietanza del medesimo
presso Ufficio Postale di

(Luogo e Data)

FIRMA _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA

- Nel caso in cui il CTU sia dipendente pubblico allegare l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza
- Nel caso di Medico Intramoenia allegare autorizzazione all'espletamento di consulenza fuori dell'attività intramuraria.