

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE****SEZIONE A – DATI ANAGRAFICI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	NOME	SESSO	
		M	F

DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA o STATO ESTERO	PROVINCIA (sigla)

CODICE FISCALE													

RESIDENZA:

VIA E NUMERO	COMUNE	CAP	PROVINCIA (sigla)

STATO CIVILE

--

Se coniugato, indicare i dati anagrafici del coniuge di seguito specificati:

Dati del Coniuge	
Cognome _____	Nome _____
Data di nascita _____	Comune di nascita _____
Codice Fiscale _____	

DOMICILIO FISCALE: (da compilarsi solo se diverso dalla residenza- Nota: Le persone fisiche residenti nel territorio dello Stato hanno il domicilio fiscale nel comune nella cui anagrafe sono iscritte (...)) Le cause di variazione del domicilio fiscale hanno effetto dal sessantesimo giorno successivo a quello in cui si sono verificate (art. 58 D.P.R. 600/73)."

VIA E NUMERO	COMUNE	CAP	PROVINCIA (sigla)

RECAPITI

TELEFONO CASA	TELEFONO UFFICIO	CELLULARE

FAX	@MAIL

con riferimento al pagamento della borsa di seguito specificata:

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

SEZIONE B – DATI FISCALI

AI FINI DELL'IMPOSTA SUL REDDITO DELLE PERSONE FISICHE (IRPEF), CHIEDE:

- L'APPLICAZIONE DELL'ALiquOTA IREF MASSIMA PARI AL _____% (barrare se titolare di altri redditi sui quali già vengono applicate le detrazioni ai fini Irpef)**
- L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI SOTTO SPECIFICATE (barrare se non si è titolari di altri redditi sui quali già vengono applicate le detrazioni ai fini Irpef), da calcolarsi ed attribuirsi considerando il seguente importo per altri redditi _____, oltre al reddito derivante dalla collaborazione per la quale la presente dichiarazione è resa:**

a) ALTRE DETRAZIONI PER REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATO;

b) PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO (i familiari sotto indicati possono considerarsi a carico se percepiscono un reddito annuo personale non superiore a **2.840,51** euro al lordo degli oneri deducibili, a **4.000,00** euro per i figli di età non superiore a 24 anni. Se nel corso dell'anno solare il reddito del familiare ha superato 2.840,51 euro o 4.000,00 per i figli di età inferiore a 24 anni, la detrazione non spetta, neppure in parte. E' **obbligatorio** indicare il **Codice Fiscale (CF)** del familiare a carico ai fini della relativa detrazione):

- DETRAZIONE PER CONIUGE A CARICO** non legalmente ed effettivamente separato
CF _____
- DETRAZIONI PER FIGLI E ALTRI FAMILIARI A CARICO**, sulla base dei seguenti dati:
 - N° _____ figli a carico al **100%** **50%** CF _____
CF _____
CF _____
CF _____
 - N° _____ figli a carico diversamente abili al **100%** **50%** CF _____
CF _____
CF _____
CF _____
 - Presenza di almeno 4 figli a carico: **SI** **NO**; al **100%** **50%**;
 - N° _____ altri familiari a carico al **100%** **50%**%; CF _____
CF _____
CF _____
CF _____
 - Con riferimento alle detrazioni per figli a carico, dichiara la mancanza dell'altro genitore: **SI** **NO**;

Inoltre, essendo il rapporto di collaborazione inferiore all'anno:

- CHIEDE** di applicare ed attribuire le detrazioni, rapportandole al periodo di lavoro;
- CHIEDE** di calcolare ed attribuire l'intero importo minimo di detrazione spettante per i rapporti di lavoro a tempo determinato pari ad € 1.380,00, in quanto titolare di un reddito complessivo annuo non superiore ad € 8.000,00;
- CHIEDE** di calcolare ed attribuire le detrazioni per carichi di famiglia per l'intero anno.

CHIEDE, INOLTRE, CHE GLI ORDINATIVI DI PAGAMENTO EMESSI, A PROPRIO FAVORE, DALL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL SANNIO, VENGANO ESTINTI MEDIANTE (barrare la modalità richiesta, specificando gli ulteriori dati)

per cassa, presso gli sportelli dell'Istituto Cassiere dell'Università degli Studi del Sannio (solo se

L'importo del compenso non è superiore al limite di legge);

0 accreditato su conto corrente intestato o cointestato, intrattenuto presso l'Istituto bancario / Banco
Posta _____, Agenzia di _____,
Via _____,
C.A.P. _____, COMUNE _____,

COORDINATE BANCARIE IBAN (codice composto da 27 caratteri alfanumerici)

Paese	Check	CIN	ABI	CAB	numero conto

CODICE BIC OBBLIGATORIO PER BONIFICI ESTERI (codice composto da 8 o 11 caratteri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Attenzione, al fine di evitare disguidi nell'accredito dei compensi, i campi sopra indicati devono essere compilati in modo corretto e completo. In caso di dubbio, contattare la propria filiale bancaria.

Si precisa che le commissioni bancarie relative al bonifico sono a carico del beneficiario.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione a quanto sopra dichiarato, esonerando l'Università degli Studi del Sannio di Benevento da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

....., li _____
(luogo e data)

In fede

(firma leggibile per esteso) **(1)**

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (Articolo 13 Regolamento UE 2016/679)

Il/la sottoscritto/a prende atto che il trattamento dei propri dati personali e sensibili avverrà secondo le modalità stabilite dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Università degli Studi del Sannio.

Per presa visione, il/la dichiarante

_____ **(1)**

1) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure trasmettere tramite fax al seguente numero: (0824) 23648 o a mezzo di posta elettronica non certificata al seguente indirizzo: ufficio.stipendi@unisannio.it o per posta al seguente indirizzo: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL SANNIO- Piazza Guerrazzi, 1 – 82100 BENEVENTO. **In tali casi il modello deve essere corredato da una fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**