

Al Direttore del DIBRIS  
prof. Sergio Martinoia  
Viale F. Causa, 13  
16145 Genova

Ai fini della predisposizione del contratto per l'affidamento per l'a.a. 2024/2025 dell'Insegnamento

ufficiale/integrativo/supporto alla didattica:

Fondamenti dell'elaborazione di segnali e immagini

Cod. 98809 Corso di Studi in Laurea Triennale di Informatica

**Il/La sottoscritto/a fornisce le seguenti dichiarazioni:** (barrare le voci che interessano e compilare le righe con i dati richiesti)

☐ **DATI PROFESSIONALI / PROFESSIONAL DATA titolari di partita iva**

**RAGIONE SOCIALE**

Partita IVA /VAT number

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

Iscritto al seguente Albo Professionale

**Applica rivalsa : cassa prof.<sup>le</sup> 2%** ☐

**prof.<sup>le</sup> 4%** ☐

**INPS 4%** ☐

Denominazione Cassa:

**Si avvale di regime ordinario (si Iva, si Irpef)**

**SI** ☐ **NO** ☐

**Si avvale del regime fiscale agevolato (no Iva, no Irpef) dei contribuenti minimi – RF02 (art. 1, commi 96-117, legge n. 244/2007)**

**SI** ☐ **NO** ☐

**Si avvale del regime fiscale agevolato (no Iva, no Irpef) forfettario – RF19 (art.1, commi 54-89, legge n. 190/2014)**

**SI** ☐ **NO** ☐

**Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 del DPR 633/72- prestazioni sanitarie**

**SI** ☐ **NO** ☐

**IN ALTERNATIVA**

☒ **DATI PERSONE FISICHE senza partita iva / NOT PROFESSIONAL DATA**

➤ **Lavoro dipendente**

**SI** ☐ **NO** ☒

Ente o Azienda da cui dipende (se Ente pubblico allegare copia nulla osta nei casi previsti)

**Indicare codice tipo di copertura previdenziale tra quelli riportati nella tabella allegata**

➤ **Pensionato/a**

**SI** ☐ **NO** ☒

Se pensionato, specificare la tipologia (vedi Allegato A)

➤ **Di essere soggetto alla gestione separata INPS (titolare di borsa o assegno di ricerca)**

**SI** ☒ **NO** ☐

➤ **In attesa di iscrizione alla gestione separata INPS**

**SI** ☐ **NO** ☒

➤ **soggetti non residenti in Italia** (ai fini dell'applicazione dell'art.2 del D.P.R. n. 197) che dimorerà per più di 183 giorni nel territorio dello Stato Italiano (obbligato alla presentazione in Italia della dichiarazione dei redditi) **che non dimorerà per più di 183 giorni nel territorio dello Stato Italiano (compilare All. B.1)**

Data/Date 25/09/2024

FIRMA:

*Gabriele Portolani*

TABELLA SOGGETTI PENSIONATI O IN POSSESSO DI ALTRA  
COPERTURA PREVIDENZIALE OBBLIGATORIA

0	Pensionati		001	Pensionati di tutti gli Enti pensionistici obbligatori (titolari di pensione non diretta)
			002	Titolari di pensione diretta
1	Assicurati di altre forme assicurative obbligatorie		101	Fondo pensioni lavoratori dipendenti
			102	Artigiani
			103	Commercianti
			104	Coltivatori diretti, mezzadri e coloni
			105	Versamenti volontari
			106	Versamenti figurativi (CIG, ecc.)
			107	Fondi speciali
2	I.N.P.D.A.P.		201	Dipendenti da Enti Locali e Dipendenti delle Amministrazioni dello Stato
3	Casse previdenziali professionisti autonomi		301	Dottori commercialisti
			302	Ragionieri
			303	Ingegneri e architetti
			304	Geometri
			305	Avvocati
			306	Consulenti del lavoro
			307	Notai
			308	Medici
			309	Farmacisti
			310	Veterinari
			311	Chimici
			312	Agronomi
			313	Geologi
			314	Attuari
			315	Infermieri professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'infanzia
			316	Psicologi
			317	Biologi
			318	Periti industriali
			319	Agrotecnici, Periti agrari
			320	Giornalisti
			321	Spedizionieri (fino al 31-12-1998)
4	I.N.P.D.A.I.		401	Dirigenti d'Azienda
5	ENPALS		501	Lavoratori dello spettacolo
6	I.P.O.S.T.		601	Lavoratori Poste Italiane S.p.A.

Al B1

## SOGGETTO NON RESIDENTE

### DATI IDENTIFICATIVI

Cognome .....

Nome (per esteso) .....

Codice identificazione fiscale estero (\*) .....

Codice fiscale

Località di nascita .....Stato estero.....

Data di nascita .....

Località di residenza .....Stato estero.....

Indirizzo.....

.....

Cittadinanza .....

Domicilio in Italia .....

Località in cui è svolta l'attività .....

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_  
leggibile

(\*) Motivare se non in possesso