



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

# DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI, FISCALI E PREVIDENZIALI

(da presentare da parte di coloro che svolgono incarichi di insegnamento, moduli didattici, qualificazione e specializzazione, supporto alla didattica, formatori linguistici)

## SEZIONE 1 DATI ANAGRAFICI E MODALITA' DI PAGAMENTO

☒ Nuova Dichiarazione ☐ Rettifica Dichiarazione

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara quanto segue:

A.1	Cognome	Per le donne indicare il cognome da nubile HEIBI																								
A.2	Nome	IVAN																								
A.3	Sesso	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> barrare la relativa casella																								
A.4	Luogo di nascita	Comune (o Stato Estero) di nascita ISRAELE	Provincia (sigla) EE																							
A.5	Data di nascita	2 7 1 0 1 9 8 9 giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa)																								
A.6	Codice fiscale	H B E V N I 8 9 R 2 7 Z 2 2 6 W obbligatorio																								
A.7	Cittadinanza	ITALIANA																								
A.8	Residenza e/o Domicilio Fiscale	Comune BOLOGNA	Provincia (sigla) BO	C.A.P. 40138																						
		via e numero civico VIA ANGELO VENTUROLI n.20																								
A.9	Recapito indicare solo se diverso dalla residenza	Comune	Provincia (sigla)	C.A.P.																						
		via e numero civico																								
A.10		Telefono abitazione	Telefono ufficio																							
		Telefono cellulare 3888904887	Fax																							
		Indirizzo di posta elettronica @unibo.it																								
A.11	Pagamento su c/c bancario /bancoposta o Carta prepagata <b>Avvertenza: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante</b>	27 caratteri numerici o alfabetic, senza barre o virgole, come da esempio ABI CAB Numero conto corrente IT 96 W 05856 11601 050570111111																								
		Denominazione Banca / Agenzia CHE BANCA! S.P.A.																								
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE																					
I	T	9	8	E	0	3	0	5	8	0	1	6	0	4	1	0	0	5	7	1	6	6	2	5	5	0

**AVVERTENZA:** i titolari di c/c europei ed extra - europei devono indicare anche:

Codice BIC / SWIFT	MICSITM3	Codice ABA/ROUTING NUMBER	
--------------------	----------	---------------------------	--

Luogo e data  
BOLOGNA, 25/09/2020

Firma (per esteso e in forma leggibile)

**SEZIONE 2 DATI FISCALI E PREVIDENZIALI**

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara:  
*(barrare le caselle che interessano)*

Di essere titolare di partita iva	€ SI	Compilare Sez. 2.1
	€ NO <input checked="" type="checkbox"/>	Compilare Sez. 2.2

**Sezione 2.1**

La partita iva è	€ individuale	€ studio associato
Denominazione studio associato		

Numero Partita IVA											
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

l'attività di docenza rientra nell'oggetto proprio dell'arte o professione e pertanto verrà emessa fattura	€ SI	Barrare una sola casella da A a B2
	€ NO	Compilare Sez. 2.2

Rientra nella seguente casistica:

€ Professionista iscritto ad albo e alla Cassa in regime ordinario ai sensi del DPR 633/1972	<b>A</b>
€ Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in regime dei minimi o forfettario ai sensi della L. 190/2014 e s.m.i.	<b>A.1</b>
€ Professionista iscritto all'albo e alla Cassa in nuovo regime forfettario, ai sensi dell'art.1, co. 9-11, L. 145/2018 e s.m.i.	<b>A.2</b>

€ Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime ordinario Iscritto alla Gestione separata INPS legge 335/1995	<b>B</b>
€ Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in regime dei minimi o forfettario ai sensi della L. 190/2014 e s.m.i.	<b>B.1</b>
€ Professionista NON iscritto ad albo e SENZA Cassa in nuovo regime forfettario, ai sensi dell'art.1, co. 9-11, L. 145/2018 e s.m.i.	<b>B.2</b>

**Sezione 2.2**

Rientra nella seguente casistica:

€ Professionista svolgente attività diversa dalla sua professione abituale e quindi <b>non tenuto</b> ad emettere fattura sul compenso, in quanto l'attività di docenza <b>non</b> rientra nell'oggetto proprio dell'arte o professione	<b>C</b>
€ Lavoratore autonomo non occasionale	<b>D</b>

Luogo e data  
BOLOGNA, 25/09/2020

Firma (per esteso e in forma leggibile)



Allegare sempre copia di un documento di identità in corso di validità

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara: *(barrare le caselle che interessano)*

3.1	DI ESSERE DIPENDENTE:		PUBBLICO	Ente: _____	
				Codice Fiscale: _____	
			PRIVATO		
			A TEMPO DETERMINATO dal	...../...../.....	al
			A TEMPO INDETERMINATO dal	...../...../.....	
			PART-TIME INFERIORE AL 50%		

3.2	DI ESSERE TENUTO ALL'ISCRIZIONE PRESSO LA GESTIONE SEPARATA <i>(barrare la voce che interessa):</i>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	INPS, di cui all'art. 2 c. 26 della L. n. 335/95
	<input type="checkbox"/>	ENPAPI
	<input type="checkbox"/>	INPGI

3.3	DI AVERE DIRITTO ALL'APPLICAZIONE IN MISURA RIDOTTA DEL CONTRIBUTO INPS gestione separata o ENPAPI gestione separata o INPGI gestione separata in quanto <i>(barrare la voce che interessa):</i>	
	<input type="checkbox"/>	titolare di pensione diretta a partire dal _____
	<input type="checkbox"/>	titolare di pensione indiretta o reversibilità a partire dal _____
	<input type="checkbox"/>	iscritto alla cassa previdenziale di categoria: _____ (indicare descrizione come da tabella indicata nelle Istruzioni paragrafo 3.3)

3.4	DI ESSERE ESCLUSO DALL'OBLIGO DEL CONTRIBUTO INPS gestione separata o ENPAPI gestione separata o INPGI gestione separata in quanto <i>(barrare la voce che interessa):</i>	
	<input type="checkbox"/>	ha superato per il 2020 il massimale di reddito annuo imponibile di € 103.055,00
	<input type="checkbox"/>	alla data del 01/04/1996 o del 30/06/1996 aveva già compiuto 65 anni di età e si è avvalso della facoltà di non iscriversi alla gestione separata, ex art. 4 c. 1 lett. a) del D.M. 282/96
	<input type="checkbox"/>	Alla data del 01/04/1996 o del 30/06/1996 aveva già compiuto <b>60 anni di età</b> e si è avvalso della facoltà, al compimento del 65° anno, di richiedere la cancellazione dalla Gestione separata INPS, pur proseguendo nell'attività lavorativa, ex art. 4 c.1 lett. b) del D.M. n. 282/96

3.5	CHE ALLA DATA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE:																										
	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>NON HA PERCEPITO</b> , nel 2020, retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche																									
	<input type="checkbox"/>	Che nel 2020 <b>HA PERCEPITO</b> o <b>PREVEDE DI PERCEPIRE</b> retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche <b>NON SUPERANDO</b> il limite retributivo di Euro 240.000,00																									
	<input type="checkbox"/>	Che nel 2020 <b>HA PERCEPITO</b> o <b>PREVEDE DI PERCEPIRE</b> le seguenti retribuzioni e/o compensi a carico delle finanze pubbliche <b>SUPERANDO</b> il limite retributivo di Euro 240.000,00, con i seguenti Enti:																									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>ENTE</th> <th>Natura incarico/rapporto</th> <th>Durata Dal....al....</th> <th>Importo totale</th> <th>Importo annuo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	ENTE	Natura incarico/rapporto	Durata Dal....al....	Importo totale	Importo annuo																				
ENTE	Natura incarico/rapporto	Durata Dal....al....	Importo totale	Importo annuo																							

**SEZIONE 3 ALTRI DATI FISCALI E PREVIDENZIALI**

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara:  
(barrare le caselle che interessano)

3.6	<b>DETRAZIONE LAVORO DIPENDENTE SI RICHIEDE:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>LA NON APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI</b> perché godute presso altro sostituto d'imposta
		<input type="checkbox"/>	<b>L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI</b> perché non godute presso altro sostituto d'imposta
			<b>L'APPLICAZIONE DELLE DETRAZIONI IN MISURA FISSA IN QUANTO UNICO REDDITO PERCEPITO NELL'ANNO SOLARE NON SUPERIORE A 8.000 EURO</b>

**NOTA BENE:** In caso di mancata scelta verranno applicate le detrazioni assimilate a lavoro dipendente

3.7	<b>CODICE FISCALE DEL CONIUGE</b> Dato obbligatorio	<input type="text"/>
-----	--	----------------------

3.8	<b>DETRAZIONI PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>CONIUGE A CARICO</b> dal ..... / ..... / .....																													
		<input type="checkbox"/>	<b>ALTRI FAMILIARI A CARICO:</b>																													
			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Relazione di parentela (*)</th> <th>Codice Fiscale</th> <th>Data di nascita (gg/mm/aaaa)</th> <th>% di detrazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>F</td> <td><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) F = figlio; A = altro familiare; D = figlio con disabilità</p>	Relazione di parentela (*)			Codice Fiscale	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	% di detrazione	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D				<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D				<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D				<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D		
Relazione di parentela (*)			Codice Fiscale	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	% di detrazione																											
<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D																														
<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D																														
<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D																														
<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D																														

**NOTA BENE:** Le detrazioni per familiari a carico possono essere richieste se non già applicate da altro datore di lavoro

3.9	<b>ALIQUOTA IRPEF SI RICHIEDE</b> Dato facoltativo	<input type="checkbox"/>	<b>L'APPLICAZIONE DELL'ALIQUOTA IRPEF MASSIMA PARI AL .....%</b>  (le aliquote superiori alla minima attualmente in vigore sono: 27%, 38%, 41%, 43%)
-----	---	--------------------------	--

3.10	<b>TRATTAMENTO INTEGRATIVO L. 21/2020 SI RICHIEDE:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>LA NON APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI ALLA LEGGE 21/2020</b>
------	--	--------------------------	--

Il/la sottoscritto/a  
consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000,  
**SI IMPEGNA**  
a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati nella presente sezione ed a rimborsare integralmente l'Università nei casi in cui questa venga sanzionata dagli Enti preposti a causa della mancata/non tempestiva/incompleta/inesatta comunicazione della variazione dei dati dichiarati

Luogo e data

BOLOGNA, 25/09/2020

Firma (per esteso e in forma leggibile)



## Informazioni sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali da essi forniti o comunque acquisiti dall'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna è finalizzato all'erogazione dei compensi e alla gestione delle relative operazioni e attività connesse.

I dati saranno trattati da soggetti specificatamente autorizzati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è indispensabile per consentire l'erogazione dei compensi e l'eventuale rifiuto a fornirli può precludere tale attività.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del citato Regolamento 2016/679, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, nonché di opporsi al loro trattamento e richiederne la portabilità, rivolgendo le richieste all'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna all'indirizzo [privacy@unibo.it](mailto:privacy@unibo.it).

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Il titolare del trattamento dei dati è l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna (sede legale: via Zamboni n. 33, 40126 - Bologna, Italia; e-mail: [privacy@unibo.it](mailto:privacy@unibo.it); PEC: [scriviunibo@pec.unibo.it](mailto:scriviunibo@pec.unibo.it)).

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati personali sono: sede legale: via Zamboni n. 33, 40126 - Bologna, Italia; e-mail: [dpo@unibo.it](mailto:dpo@unibo.it); PEC: [scriviunibo@pec.unibo.it](mailto:scriviunibo@pec.unibo.it).

Per maggiori informazioni si prega di consultare il sito [www.unibo.it/privacy](http://www.unibo.it/privacy).