

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 DPR. 28.12.2000, n. 445)

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a Mancini Enzo nato/a a Casa di Castello
il 20/03/1952 e residente in via SIRO BERNABE 09
località LAMA SAN GIUSINO provincia PS
cap. 06016 tel. 3482893201 indirizzo e-mail e254@hotmail-it
codice fiscale MNCNZE54C20C7454 incaricato di svolgere attività c/o questa
Azienda USL Umbria n. 1 per CONTROLO LIBERO PROFESSIONISTI

DICHIARA

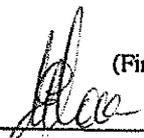
che le prestazioni relative ai compensi di cui sopra:

- sono da lavoro dipendente - (Amm.ne di appartenenza: _____)
scaglione di reddito % da € a € eventuale addizionale comunale %
- sono da assimilare a lavoro dipendente
scaglione di reddito % da € a € eventuale addizionale comunale %
- costituiscono attività di collaborazione coordinata e continuativa e come tali non soggiacciono agli obblighi IVA
scaglione di reddito % da € a € eventuale addizionale comunale %
- costituiscono attività di carattere occasionale e come tali non rientrano nel campo dell'applicazione dell'IVA
(è sufficiente rilasciare una nota datata, numerata e sottoscritta) ritenuta acconto IRPEF 20%
- costituiscono attività libero-professionale e pertanto sono soggette ad IVA 22% e ritenuta acconto 20%
- costituiscono attività libero-professionale esente da IVA (art. 10 DPR 633/72) soggette a ritenuta acconto 20%
- costituiscono attività libero-professionale effettuata in regime fiscale di vantaggio per l'imprenditoria giovanile e lavoratori in mobilità, di cui all'articolo 27, commi 1 e 2, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111. Compenso non assoggettato a ritenuta d'acconto ai sensi dell'art. 27 del D.L. n. 98 del 06.07.2011 in quanto i redditi cui le somme afferiscono sono soggetti ad imposta sostitutiva del 5%"
- costituiscono attività libero-professionale effettuata nell'ambito del regime forfetario come definito dall'art. 1 commi 54-89 della L.190/2014 e richiede pertanto il non assoggettamento alla ritenuta d'acconto ai sensi dell'art. 1 comma 67 in quanto i redditi cui le somme afferiscono sono soggetti ad imposta sostitutiva con aliquota del 15%.

Il sottoscritto sotto la propria responsabilità afferma inoltre che verranno comunicate eventuali variazioni in corso d'anno che comportino la fuoriuscita dal regime.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Casa di Castello il 30-03-2019


(Firma)*

* Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

RICHIESTA MODALITA' LIQUIDAZIONE COMPETENZE

Il/La sottoscritto/a MANCINI ENZO
nato/a a CITTA' DI CASTELLO il 20-03-1954
residente in via SIRO BERNABO 09
località FRAZ LANA Sanguinetto provincia PG cap 06015
tel. 3482893201 indirizzo e-mail e254@hotmail.it
codice fiscale MNCNZF54C20C945H P. IVA 03625550540
incaricato di svolgere attività c/o questa Azienda USL Umbria n. 1 per
CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

CHIEDE

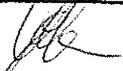
la liquidazione delle proprie spettanze con le seguenti modalità:

- direttamente da parte dell'Azienda USL Umbria n. 1 con commutazione in assegno circolare non trasferibile, da spedire, con tassa e spese a carico del richiedente, a mezzo lettera raccomandata presso la propria residenza;
- direttamente da parte dell'Azienda USL Umbria n. 1 mediante accredito nel proprio conto corrente presso la Banca DESIO - BANCA POP SPOLETO Agenzia SAN GIUSTINO

IBAN																							
Codice Nazione (1)	CIN Intern. (2)	CIN (3)	ABI (4)					CAB (5)			NUMERO CONTO (6)												
I	T	4	5	9	0	5	7	0	4	3	8	6	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1

Struttura IBAN (27 caratteri)

- 1) Codice nazionale: 2 lettere
- 2) CIN Internazionale: 2 numeri
- 3) CIN: 1 lettera maiuscola che corrisponde alla cifra di controllo
- 4) Codice ABI: 5 numeri, identificativo banca
- 5) Codice CAB: 5 numeri, identificativo sportello
- 6) Numero conto corrente: 12 caratteri (in generale, in caso di lunghezza inferiore ai 12 caratteri, le posizioni mancanti sono riempite antepoendo tanti zeri significativi quanti sono i caratteri mancanti per raggiungere la lunghezza prevista. Non sono ammessi caratteri speciali come punti, barre e trattini)

30 ^{settembre} ~~ottobre~~ 2019 il Città di Castello


(Firma)


DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto dott. RANCINI ENZO
nato a Città di Castello il 20-03-52 residente in SAN GIUSTINO
LAMA via/piazza VISIO BERNABE' n° 09 iscritto all'Albo dei
MEDICI della Provincia di PG ai sensi del D.P.R.
n. 445 del 28 dicembre 2000 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia
di documentazione amministrativa) e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle
sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle
ipotesi di falsità, sotto la propria personale responsabilità,

dovento operare presso la seguente struttura

(denominazione struttura) Radiologia
_____ della U.S.L. Umbria 1
nella qualità di (1) Medico Radiologo
con di rapporto di lavoro (2) contratto di collaborazione libero professionale a decorrere dal
07-10-2019

dichiara formalmente di

1. () operare () non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private
convenzionate/accreditate/pre-accreditate o che abbiano accordi contrattuali con aziende ai sensi
dell'art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni:

struttura TRUKLE socceta' servizi RITMI Toscana lavoro presso
via O.R.O.A.S. ospedale Rinaudativo Comune di ALTA SPECIALEZIONE
nella qualità di (1) PRESINIO Hotta de Civenza (TV) - socceta' e
tipo di rapporto di lavoro (2) CAPITALE Histo Pubblico PRIVATO convenzionato
per ore sett. _____ a decorrere dal Accreditato con il SMN e
con LE STESSO finanzia' da una struttura pubblica.
IMPEGNO ORARIO circa 30 ore/sett.

2. () operare non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non
convenzionate/non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della Le. 833/78:

struttura _____
via _____ Comune di _____
nella qualità di (1) _____
tipo di rapporto di lavoro (2) _____
per ore sett. _____ a decorrere dal _____

3. () essere non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici:

Soggetto _____ ore settimanali _____

via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____ ;

4. () avere non avere nessuna tipologia di incarico presso università/istituti / enti di istruzione () pubblici o () privati:

università/istituto/ente _____

sede _____

tipo di incarico _____

periodo: dal _____ ;

5. () essere non essere titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R.

_____ con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al

riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____ ;

6. () essere non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del

D.P.R. _____ con massimale di n° _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con

riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____ ;

7. () essere non essere titolare di incarico () a tempo indeterminato o () a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____ ;

8. () essere non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

provincia _____ branca _____

a decorrere dal _____ ;

9. () avere non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ sede _____

tipo di attività _____

a decorrere dal _____ ;

10. () essere non essere titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale () a tempo indeterminato o () a tempo determinato nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in forma () attiva o () di disponibilità;

11. () essere non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate con rapporto () a tempo determinato o () a tempo indeterminato:

Azienda _____ ore sett. _____

periodo: dal _____ ;

12. () svolgere non svolgere il corso di formazione in medicina generale di cui al D. Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D. Lgs. n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. n. 368/99:

denominazione del corso _____

soggetto pubblico che lo svolge _____

inizio: dal _____ ;

13. () svolgere non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008:

Azienda _____ ore sett. _____

via _____ Comune di _____

a decorrere dal _____ ;

14. () svolgere non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda USI. funzioni fiscali

a decorrere dal _____ ;

15. () avere non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private, industrie farmaceutiche e aziende né personalmente né il proprio coniuge/convivente e parenti /affini fino al secondo grado:

case di cura/industrie/aziende _____

periodo: dal _____ ;

16. () essere non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o () esercitare () non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il SSN:

_____ ;
_____ ;

17. () fruire () non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale: periodo: dal _____;

18. () svolgere () non svolgere nessuna altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti):
denominazione soggetto: TITOLODE DI STUDIO PROPRIO
sede: di ECOGRAFIA e Città di Casello e
periodo: dal SANGIUGLINO

19. () essere () non essere titolare di trattamento di pensione:

ente: INPS
periodo: dal 1 MAGGIO 2018

20. di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente e di impegnarsi a comunicare eventuali incompatibilità e/o variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato che dovessero insorgere nel periodo di validità del contratto di cui alla premessa.

21. note:

Autorizza l'Azienda USL Umbria 1 al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto della legge n. 196/2003 e successive modifiche e d integrazioni.

In fede

(luogo e data)
CITTA' DI CASELLO, 02/10/18

(firma) (3)
[Firma]

(1) riportare le funzioni svolte o da svolgere (per esempio: responsabile di raggruppamento, aiuto di chirurgia, assistente di oculistica, medico di guardia, consulente cardiologo, consulente chirurgo, ecc.);

(2) indicare la tipologia del rapporto del lavoro, scegliendo fra le seguenti:

- dipendente a tempo pieno
- dipendente a tempo definito
- dipendente a part-time
- collaborazione professionale coordinata e continuativa (rapporto libero professionale);

(3) ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

