

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
(ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445 del 28/12/2000)

Consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 in merito alle conseguenze penali di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi.

**DICHIARO**

Di godere dei diritti politici  SI  NO

Di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere carichi penali in corso;

Di appartenere alla seguente categoria di personale disabile

Di possedere il seguente titolo di studio DIPLOMA DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
conseguito il 24/11/2020 presso UNIVERSITA' DI FERRARA  
titolo professionale INFERMIERE

diploma di specializzazione \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_)

**DICHIARO INOLTRE**

Di essere lavoratore autonomo  SI  NO  
(In caso di risposta negativa passare direttamente al punto 1)

Di avere fatto opzione al competente Ufficio IVA per il regime fiscale agevolato (art. 13 L. 388/2000)

SI  NO

oppure

Di avere aderito al regime fiscale dei "contribuenti minimi" di cui all'Art27 del D.L. 98/2011

SI  NO

oppure

Di avere aderito al regime fiscale dei "Regime forfettario" di cui alla L. 23/12/2014 N. 190 Art. 1 commi da 54 a 89

SI  NO

Di essere iscritto ad un Albo Professionale

SI  NO

FORLÌ  
(indicare quale Albo)

che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa Previdenziale con obbligo di versamento contributivo <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
<b>se SI</b> Che è previsto per legge il diritto di rivalsa sul committente <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI nella percentuale del _____ Che in relazione al mio eventuale obbligo di versamento contributivo alla Cassa di categoria, intendo esercitare il diritto di rivalsa <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<b>se NO</b> Che in relazione al mio eventuale obbligo di versamento contributivo alla Gestione Separata INPS, intendo esercitare il diritto di rivalsa del 4% <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**1) Di *non* svolgere attività di lavoro autonomo in forma professionale (titolare di Partita Iva) e, conseguentemente, di prendere atto che, con codesta Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, verrà attivato un rapporto di:**

Prestazione Occasionale: COCOCO

<input type="checkbox"/> con compenso da prestazioni occasionali percepito nell'anno solare fino ad € 5.000,00	<input type="checkbox"/> con compenso da prestazioni occasionali percepito nell'anno solare superiore ad € 5.000,00
--	---

e, pertanto, comunica:

<input type="checkbox"/> di essere iscritto alla gestione separata INPS
<input type="checkbox"/> che le ritenute INPS vanno applicate dall'importo di € _____
<input type="checkbox"/> che l'aliquota da applicare è del _____ %

Di essere lavoratore dipendente <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>se SI - presso:</b>	
Azienda / Ente di appartenenza <u>FARMACIA NUOVA LODI SAS</u>	
indicare Cassa di Previdenza presso la quale il datore di lavoro versa i contributi: <u>INPS</u>	
Sede Legale dell'Azienda / Ente Via / Piazza <u>CORSO BONTO 1/C</u>	
Città <u>FERRARA</u>	
C.A.P. <u>44121</u>	Provincia <u>FE</u>
Qualifica ricoperta <u>INDIEGATA 2° LIVELLO - ADDETTA AI TAMPONI</u>	

N.B. Il professionista con **cittadinanza straniera** che intenda avvalersi della facoltà dell'esenzione fiscale, dovrà allegare:

- 1) documentazione dell'Ente equiparato al Ministero delle Finanze presso il Paese di appartenenza;