

Dichiarazione sostitutiva ex artt. 47 e 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445: - Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi degli artt. 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 dichiara

Il sottoscritto

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------------|----|-----|
| Cognome | | | Nome | | |
| Nato a | | | Prov | II | / |
| Residenza | | | Prov | | CAP |
| Indirizzo | | | | | |
| Domicilio se diverso dalla residenza | | | Prov | | CAP |
| Indirizzo | | | | | |
| Codice Fiscale | | | Partita IVA numero | | |
| Numero telef. | | | e-mail | | |

Marca da Bollo
 (Se dovuta)
 €. 2,00
 D.P.R. 26/10/1972 n. 642 per importi superiori a €77,47
 Da non applicare in caso di pagamento I.V.A.

| | | | | | |
|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Dipendente AOU Città della Salute e della Scienza di Torino | Matricola CSI | | | (indicata sul badge aziendale) |
| <input type="checkbox"/> | Dipendente altro ente pubblico | Ragione sociale | | | |
| <input type="checkbox"/> | Qualifica | | <input type="checkbox"/> | Dipendente universitario convenzionato | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Iscrizione ENPAPI | Obbligo per la professione infermieristica ai sensi della Circ. ENPAPI n. 19/2016 |

Considerato che la prestazione è stata rilasciata in regime di:

| | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|-----------------------|--------------------------|---|--------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Libera professione titolare P. IVA (obbligo fatturazione elettronica)* | <input type="checkbox"/> | Attività occasionale* | <input type="checkbox"/> | Fuori orario di servizio (Dipendenti SSN) | €. 25,82/ora | o | €. 60,00/ora solo per A.D.E./Seminari, Formazione Tutoriale se tale compenso orario è indicato dal Corso di Laurea o dalla Segreteria Formazione Formatori |
| <input type="checkbox"/> | Esente I.V.A. | *si ricordano le limitazioni previste in materia di FORMAZIONE SPECIALISTICA e BORSE DI STUDIO | | | | €. 5,16/ora | | |
| <input type="checkbox"/> | In orario di servizio (Dipendenti SSN) | | | | | | | |

Chiede il pagamento per l'attività di didattica:

| | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | FORMALE | <input type="checkbox"/> | INTEGRATIVA/COMPLEMENTARE | <input type="checkbox"/> | ATTIVITÀ DIDATTICA ELETTIVA/SEMINARI | <input type="checkbox"/> | FORMAZIONE TUTORIALE |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------|

CORSO DI STUDI IN:

| | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | DIETISTICA | <input type="checkbox"/> | INFERMIERISTICA PEDIATRICA | <input type="checkbox"/> | ORTOTTICA E OFTALMOLOGIA | <input type="checkbox"/> | TECN. DI RADIOLOGIA M.I.R. |
| <input type="checkbox"/> | EDUCAZIONE PROFESSIONALE | <input type="checkbox"/> | LOGOPEDIA | <input type="checkbox"/> | OSTETRICIA | <input type="checkbox"/> | TECN. NEUROFISIOPATOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> | FISIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> | MAGISTRALE SC. INFERM. OSTETRICHE | <input type="checkbox"/> | T.N.P.E. | <input type="checkbox"/> | TECNICHE AUDIOMETRICHE |
| <input type="checkbox"/> | IGIENE DENTALE | <input type="checkbox"/> | MAGISTRALE SC. TECNICHE DIAGNOSTICHE | <input type="checkbox"/> | TECN. DI LABORATORIO BIOMEDICO | <input type="checkbox"/> | TECNICHE AUDIOPROTESICHE |
| <input type="checkbox"/> | INFERMIERISTICA | CAN <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C | <input type="checkbox"/> | MAGISTRALE SC. TECNICHE ASSISTENZIALI | | | |

| | | | | | |
|-----------------|---|---------------|----------|----------|-------------|
| Anno Accademico | / | Anno di corso | I II III | Semestre | 1 2 ANNUALE |
|-----------------|---|---------------|----------|----------|-------------|

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| Insegnamento | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Modulo / Titolo A.D.E. seminari / Titolo del corso Formazione Formatori | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

Come di seguito specificato

| | | | | | |
|--------------------------|--|----------------------------------|--|--|--|
| Ore complessive | | Dettaglio sul retro obbligatorio | Per l'importo lordo di €. (TOTALE FATTURA per possessori di P.IVA) | numero ore x cifra oraria lorda prevista | in caso di fattura, obbligatoria per i titolari di P.IVA, prima dell'emissione, si ricorda di attendere la ricezione dell'Ordine dal sistema N.S.O. attraverso i canali scelti in fase di iscrizione |
| <input type="checkbox"/> | Da accreditare in C/stipendio (per i dipendenti AOU Città Della Salute e Della Scienza di Torino) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Da accreditare C/Banca | IBAN | | | |
| <input type="checkbox"/> | Dichiara di AVERE superato il reddito di natura autonoma occasionale di €. 5.000,00 e di essere pertanto soggetto all'obbligo di iscrizione alla Gestione Separata INPS ai sensi della L. 326/2003, Art. 44. | | | | |

| | | | |
|------|--|-----------------------------------|--|
| Data | | Firma del richiedente il compenso | |
|------|--|-----------------------------------|--|

Il richiedente ha svolto la suddetta attività di DIDATTICA COMPLEMENTARE/ INTEGRATIVA/ATTIVITÀ DIDATTICA ELETTIVA

per il numero complessivo di ore suindicato.

| | | | |
|------|--|--|--------------|
| Data | | Firma del docente titolare del Modulo / Firma del proponente A.D.E. Seminario per il C.d.L. in Infermieristica | COGNOME NOME |
|------|--|--|--------------|

Verificato il regolare svolgimento della prestazione oggetto della presente richiesta, se ne autorizza il pagamento nei limiti di quanto previsto.

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| TIMBRO E FIRMA Il Presidente del Corso di Studio | | L'AOU sede dei Corsi di Studio | |
| Data | | Data | |

