

Corso di Laurea in Infermieristica – Asti (Triennale)

DICHIARAZIONE DI ATTIVITA'/ RICHIESTA COMPENSO

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A A _____ (PROV. _____) IL _____
RESIDENTE IN _____ (PROV. _____)
VIA _____ NR _____ C.A.P. _____
CODICE FISCALE _____
PARTITA IVA _____
TELEFONO _____ CELLULARE _____
INDIRIZZO EMAIL _____
INDIRIZZO PEC _____

- DIPENDENTE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI ASTI - MATR.** _____
- DIPENDENTE ALTRA AZIENDA SANITARIA (SPECIFICARE DI SEGUITO):**
ENTE _____ QUALIFICA _____
S.C./S.S. _____ TEL _____
- DIPENDENTE DI ALTRO ENTE (SPECIFICARE DI SEGUITO):**
DATORE DI LAVORO/ENTE DI APPARTENENZA: _____
VIA _____ N. _____ C.A.P. _____ CITTÀ _____ (PROV. _____)
- ISCRITTO ALLA CASSA ENPAPI**
- NON ISCRITTO ALLA CASSA ENPAPI**

CHIEDE IL PAGAMENTO PER:

- INCARICO DI DIDATTICA FORMALE**
- INCARICO DI ATTIVITÀ DI COMPLEMENTO ALLA DIDATTICA**
- ADE**
- ESPERTO PER LA MATERIA**
- SEMINARIO**

A.A. _____ **DEL CORSO DI LAUREA/SEDE ASL DI ASTI**

ANNO DI CORSO _____ SEMESTRE _____

INSEGNAMENTO _____

MODULO _____

TENUTO CONTO CHE LA PRESTAZIONE È STATA RILASCIATA IN REGIME DI

<input type="checkbox"/> LIBERA PROFESSIONE CON PARTITA IVA ORDINARIA	€ 25.82 ORA/LORDO
<input type="checkbox"/> LIBERA PROFESSIONE CON REGIME FORFETTARIO	€ 25.82 ORA/LORDO
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ OCCASIONALE (PARCELLA CON RITENUTA D'ACCONTO)	€ 25.82 ORA/LORDO
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ DIDATTICA SVOLTA FUORI ORARIO DI SERVIZIO (PER I DIPENDENTI ASL AT)	€ 25.82 ORA/LORDO
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ DIDATTICA SVOLTA IN ORARIO DI SERVIZIO (PER I DIPENDENTI ASL AT)	€ 5.16 ORA/LORDO

IN BASE ALLA SEGUENTE DESCRIZIONE:

TOTALE ORE EFFETTUATE N.	PER UN IMPORTO DI €:	
<input type="checkbox"/> CASSA PREVIDENZIALE 4% (LIBERI PROFESSIONISTI ISCRITTI ALL'ALBO)	+ €	
<input type="checkbox"/> IVA 22% (LIBERI PROFESSIONISTI CON PARTITA IVA)	+ €	
<input type="checkbox"/> RITENUTA D'ACCONTO 20%	- €	

TOTALE ORE EFFETTUATE N.	PER UN IMPORTO TOTALE DI €:	
---------------------------------	------------------------------------	--

- DA ACCREDITARE SULLO STIPENDIO (PER I DIPENDENTI A.S.L. AT)
- DA ACCREDITARE C/O BANCA: ISTITUTO BANCARIO
COORDINATE BANCARIE: CODICE IBAN

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SOPRAINDICATI, AI SENSI DEL D.LGS 30/6/2003, N.196, PER LE FINALITÀ DI GESTIONE DELLA PRATICA.

ASTI, _____

FIRMA _____

NOTA BENE:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, AI SENSI DELLA LEGGE DEL 15 MAGGIO 1997 N. 127 E SUCCESSIVE MODIFICHE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE QUANTO DICHIARATO È CORRISPONDENTE A VERITÀ, **INOLTRE DICHIARA DI NON AVER EFFETTUATO LA PRESTAZIONE IN REGIME DI: PRONTA DISPONIBILITÀ, AGG. OBBLIGATORIO, MALATTIA, GRAVIDANZA A RISCHIO, PERMESSI, ECC.**

(LA PRESTAZIONE PUO' ESSERE EFFETTUATA IN: SCIOPERO, RECUPERO ORE, FERIE).

VERIFICATO L'EFFETTIVO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA, SE NE AUTORIZZA IL PAGAMENTO.

Il Coordinatore del Corso di Laurea
(firma)

Il Presidente del Corso di Laurea
(firma)

Privacy-Informativa art.13 del GDPR Reg. UE 679/2016

Ai sensi del GDPR Reg. UE 679/2016 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi. È possibile accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui agli artt.15-22 del GDPR Reg. UE 679/2016 inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento dati secondo le modalità di cui all'informativa generale pubblicata sul sito ASL AT, sezione Tutela dati personali.

S.C. Affari Generali – Corsi di Laurea
Per informazioni:
Segreterie didattiche Corsi di Laurea
Telefono: 0141-33435
Email: corsolaureainf@asl.at.it
Telefono: 0141-483962
Email: fcl-med-lmscioat@unito.it



Via Conte Verde 125 – 14100 ASTI
Casella Postale 130
Tel. +39 0141.48.1111
Fax +39 0141. 48.40.95
Pec: protocollo@pec.asl.at.it
P.I / C.F. 01120620057