

**MODULO DATI ANAGRAFICI E BANCARI (compilare in ogni sua parte in stampatello leggibile)**

COGNOME E NOME (come da cod. fiscale) \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ ( )

RESIDENTE IN VIA / PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_

NUMERO DI TELEFONO / CELLULARE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA \_\_\_\_\_

**Da compilare solo se Libero Professionista titolare di Partita IVA:**

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

MODALITA' INVIO ORDINI NSO  
(indicare un canale di invio) \_\_\_\_\_

SdiCoop \_\_\_\_\_

Intermediario PEPPOL \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

REGIME FISCALE  
(barrare la casella)

ORDINARIO

FORFETTARIO L. 190/2014

ALTRO

**DICHIARO di essere pagato tramite BONIFICO BANCARIO sul seguente CONTO CORRENTE DEDICATO (AI SENSI DELLA LEGGE 136/2010 – Legge Antimafia):**

IBAN 27 caratteri \_\_\_\_\_.

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ C/C \_\_\_\_\_.

**INDICARE EVENTUALE PERSONA/E DELEGATA/E AD OPERARE SUL CONTO CORRENTE:**

NOME/COGNOME .....

COD.FISCALE.....

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' DI ESSERE PAGATO IN QUALITA' DI:  
(barrare la casella corrispondente)**

**LIBERO PROFESSIONISTA (barrare inoltre una casella sottostante ↓):**  
(emissione di fattura in quanto titolare di P.IVA, Codice Univoco Ufficio: **UFDXLU**)

- con cassa previdenziale \_\_\_\_\_;
- con rivalsa INPS     SI'     NO

**AUTONOMO OCCASIONALE (barrare inoltre una casella sottostante ↓):**

- dichiaro di non superare il limite di reddito annuo previsto dalle disposizioni di legge vigenti in materia di prestazioni occasionali di euro 5.000,00 (NO iscrizione INPS);
- dichiaro di superare il limite di reddito annuo previsto dalle disposizioni di legge vigenti in materia di prestazioni occasionali per euro \_\_\_\_\_ (SI' iscrizione INPS) con comunicazione tempestiva di eventuale superamento successivo alla costituzione del rapporto.

**ASSIMILATO A LAVORO DIPENDENTE (barrare inoltre una casella sottostante ↓):**

- dichiaro di essere dipendente presso:

DATORE DI LAVORO \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

(    ) CAP \_\_\_\_\_

- dichiaro di essere titolare di pensione.

**COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA ai sensi art. 49, c.2 DPR 917/1986 e s.m.i. (barrare inoltre una casella sottostante ↓):**

- con cassa previdenziale \_\_\_\_\_;
- con iscrizione alla gestione separata \_\_\_\_\_;
- titolare di pensione con applicazione aliquota ridotta cassa \_\_\_\_\_;

**BORSISTA**

DATA \_\_\_\_\_

IN FEDE \_\_\_\_\_

Note: Ai fini fiscali ogni eventuale variazione dei dati sopra riportati deve essere comunicata all'Azienda.