

ALL'ENTE PARCO NATURALE DOLOMITI FRIULANE

Il sottoscritto:

Nome e Cognome	nato il	Comune di nascita	Prov.
GIANLUIGI D'ORLANDI	2.2.1959	UDINE	UD

Codice fiscale															
D	R	L	G	L	G	5	9	B	0	2	L	4	8	3	C

(DA ALLEGARE FOTOCOPIA DEL CERTIFICATO ATTESTANTE IL CODICE FISCALE)

RESIDENZA _____ O _____ SEDE: _____ via
 SAN GIACOMO _____ n. 11/3

Comune di: _____ C.A.P.
 33034 (Prov. UD)

Tel. _____ cell.

335 6090965 - 0432 501960

Fax _____ e-mail

PEC g.d_orlandi@comafpec.it

Quando non coincide con la residenza

DOMICILIO FISCALE: via

_____ n. _____

Comune di: _____ C.A.P.

_____ (Prov. _____)

Componente del Consiglio Direttivo dell'Ente Parco Naturale Dolomiti Friulane

DICHIARA

Di optare per il trattamento economico previsto dall'Ente Parco Naturale Dolomiti Friulane;

- **gestione INPS**

Che la prestazione effettuata presso il suddetto Organo collegiale rientra nella seguente categoria:

ATTIVITA' AUTONOMA DI LIBERA PROFESSIONE CON PARTITA I.V.A., CORRELATA CON L'INCARICO RICOPERTO

con contributo integrativo 2% (Cassa previdenza)



con contributo previdenziale 4% se iscritto alla gestione separata I.N.P.S.
(rivalsa ai sensi dell'art. 4 D.L. 396/96).

(barrare una o entrambe le caselle)

COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA, assoggettata al contributo previdenziale del 24% di cui all'art. 2 comma 26 della L. 335/95, e successive modifiche ed integrazioni (art. 59 L. 449/97), **con iscrizione alla gestione separata I.N.P.S., poiché già in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria.**

Dipendente pubblico/privato presso _____

Titolare di pensione n. _____

Altra attività svolta, per la quale risulta già iscritto a forme previdenziali obbligatorie (es. commerciante, artigiano ecc. ovvero libero professionista CON PARTITA I.V.A., che svolge questa prestazione senza riferimento alla propria professione abituale) _____ (indicare quale).

COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA, assoggettata al contributo previdenziale del 34,23%, **con iscrizione alla gestione separata I.N.P.S., poiché NON in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL.**

COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA, assoggettata al contributo previdenziale del 33,72%, **con iscrizione alla gestione separata I.N.P.S., poiché NON in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria per i quali non è preista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL.**

ALTRO _____ (indicare se studente/disoccupato/in cassa integrazione o mobilità/casalinga/o)

SI IMPEGNA

- A presentare nuova dichiarazione in caso di intervenute modifiche nel corso dell'anno rispetto all'attuale situazione familiare, reddituale o di pensione, sollevando fin d'ora il Vostro Ente da ogni responsabilità in merito. VALIDITA': in assenza di variazioni delle condizioni di spettanza la dichiarazione avrà effetto anche per i periodi d'imposta successivi.

- **dati IRPEF**

RICHIEDE



Che venga applicata la seguente aliquota irpef:

Scaglioni di reddito	Aliquota per scaglione
Fino a 15.000,00	23%
Oltre 15.000,00 fino a 28.000,00	27%

	Oltre 28.000,00 fino a 55.000,00	38%
<input checked="" type="checkbox"/>	Oltre 55.000,00 fino a 75.000,00	41%
	Oltre 75.000,00	43%

- Che la detrazione d'imposta per altri redditi di lavoro di cui all'art. 13 c. 5 TUIR 917/86
- venga applicata
- non venga applicata

- **pagamento**

CHIEDE

Che le indennità, i gettoni e i rimborsi riferiti alla carica ricoperta nell'Organo collegiale vengano corrisposti con una delle seguenti modalità:

- mediante accredito sul c/c bancario / conto corrente postale
- n. IBAN: IT19 I030 6912 3441 0000 0061 555
- codice ABI _____ codice CAB _____
- presso _____
- via _____ n. _____
- Filiale/Agenzia _____
- Comune _____ C.A.P. _____ (Prov. _____)

- Con pagamento diretto presso la Tesoreria dell'Ente con quietanza propria *ovvero* del sig.

COMUNICA

I dati del proprio nucleo familiare da inserire nella Certificazione Unica dei redditi:

PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE
MOGLIE	CANDOLINI	LIDIA	10.02.58	SAN DANIELE	CNDLDI58B50
				DEL F.	H916Q

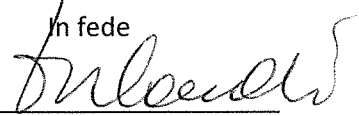
dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE (GDPR) n. 676/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara espressamente di esonerare l'Ente Parco Naturale Dolomiti Friulane e la Tesoreria dell'Ente da ogni e qualsiasi responsabilità per errori dovuti ad inesatte indicazioni contenute nel presente modello ovvero per effetto di mancata comunicazione nelle dovute forme delle variazioni che potrebbero verificarsi successivamente.

2.5.2022

(data)

In fede



(firma)

Ai sensi del Reg. (EU) 2016/679 e del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196) dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai fini del presente procedimento connesso alla carica ricoperta

2.5.2022

(data)

In fede



(firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza dell'addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento d'identità del dichiarante all'ufficio competente.

Allegati: Copia del codice fiscale

Copia della carta d'identità

Curriculum vitae