

# NOTA DI COMPENSO PER PRESTAZIONI DI LAVORO AUTONOMO

Marca da bollo da  
2,00 euro

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail (scrivere in stampatello) \_\_\_\_\_

Comune in cui il lavoratore svolge prevalentemente la propria attività lavorativa \_\_\_\_\_

Oggetto della prestazione effettuata \_\_\_\_\_

## **Richiedo la liquidazione del compenso secondo l'importo concordato:**

a) **Compenso Lordo DA NON assoggettare a INPS** € \_\_\_\_\_

**Ritenuta d'acconto 20%** € \_\_\_\_\_

**Netto a pagare** € \_\_\_\_\_

b) **Compenso Lordo da assoggettare a INPS** € \_\_\_\_\_

**Ritenuta d'acconto 20%** € \_\_\_\_\_

**Ritenuta INPS (barrare l'opzione prescelta)** € \_\_\_\_\_

**pari a 1/3 del compenso x 33,72%**

**pari a 1/3 del compenso x 24,00 % in quanto pensionato o già iscritto  
alla seguente Gestione Previdenziale – cod. \_\_\_\_\_ (vedi retro)**

**Netto a pagare** € \_\_\_\_\_

**Totale netto a pagare = punto a) + punto b)** € \_\_\_\_\_

## MODALITA' DI PAGAMENTO: (barrare la modalità scelta)

Presso qualsiasi sportello di Unicredit Banca e sue agenzie; Nel caso in cui si voglia delegare un'altra persona, è necessario allegare apposita delega (contenente i dati anagrafici e codice fiscale del delegato) e corredata di valido documento di identità del delegante

Accredito sul c/c b, a me intestato, n. \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_

**IBAN** \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

Ai fini dell'applicazione del contributo previdenziale obbligatorio previsto dall'art.44 della L. 326/03 (legge finanziaria 2004) dichiaro di aver percepito, alla data attuale, compensi derivanti da attività di lavoro autonomo occasionale per un importo complessivo pari ad € \_\_\_\_\_ (\*) e pertanto invita codesta amministrazione a tenere conto di tale informazione agli effetti della trattenuta contributiva INPS (L. 326/03 – Circolare INPS n. 103/2004).

(\*) indicare anche se zero

**Dichiaro di essere esonerato dall'IVA ai sensi dell'art. 5 del DPR. 633 del 26/10/72 e successive modificazioni.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Servizio

**(Applicare la marca da bollo di € 2,00 per importi superiori a € 77,47)**

<b>CODICI PER I SOGGETTI CHE HANNO ALTRA FORMA ASSICURATIVA OBBLIGATORIA</b>	
<b>COD.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
	PENSIONATI
001	Pensionati di tutti gli Enti pensionistici obbligatori
	ASSICURATI DI ALTRE FORME ASSICURATIVE OBBLIGATORIE
	1 - INPS
101	Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti
102	Artigiani
103	Commercianti
104	Coltivatori diretti, mezzadri e coloni
105	Versamenti Volontari
106	Versamenti Figurativi (CIG, ecc.)
	2 - I.N.P.D.A.P.
201	Dipendenti da Enti Locali e Dipendenti delle Amministrazioni dello Stato
	3 - CASSE PREVIDENZIALI PROFESSIONISTI AUTONOMI
301	Dottori commercialisti
302	Ragionieri
303	Ingegneri e Architetti
304	Geometri
305	Avvocati
306	Consulenti del lavoro
307	Notai
308	Medici
309	Farmacisti
310	Veterinari
311	Chimici
312	Agronomi
313	Geologi
314	Attuari
315	Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia
316	Psicologi
317	Biologi
318	Periti industriali
319	Agrotecnici, Periti Agrari
320	Giornalisti
321	Spedizionieri (sino al 31/12/1998)
	4 - I.N.P.D.A.I.
401	Dirigenti d'Azienda
	5 - ENPALS
501	Lavoratori dello spettacolo
	6 - I.P.O.S.T.
601	Lavoratori Poste Italiane S.p.A.