

ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DATI FISCALI E PREVIDENZIALI

MODULO B
Borsisti

Il/La sottoscritto/a

sotto la propria responsabilità **DICHIARA** (barrare solo le caselle che interessano. Per un supporto alla compilazione vedi Guida allegata):

| | |
|----|--|
| B1 | <input type="checkbox"/> Di essere dipendente pubblico |
| | <input type="checkbox"/> Di allegare l'autorizzazione (nullaosta) richiesta all'Ente di appartenenza denominato: |
| | Codice Fiscale Ente |
| | <input type="checkbox"/> Di essere dipendente privato |

| | |
|----|--|
| B2 | Per l'applicazione delle detrazioni(*) per redditi assimilati al lavoro dipendente (art.13 T.U.I.R) richiede: <i>(*) Le detrazioni NON sono tasse ma agevolazioni volte a diminuire l'IRPEF dovuta sul compenso</i> |
| | <input type="checkbox"/> La non applicazione della detrazione d'imposta |
| | <input type="checkbox"/> L'applicazione della detrazione in misura fissa in quanto unico reddito percepito nell'anno solare non superiore a 8.000 euro |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|
| B3 | Dati relativi al coniuge <i>è obbligatorio indicare il codice fiscale del coniuge, anche se non a carico, ai fini della corretta compilazione della CU</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | Codice fiscale | | | | | | | | | | | | Dal (gg/m/aaaa) | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--|------------------------------|--|--|--|-----------------|
| B4 | Dati relativi a figli e/o altri familiari a carico (*) | | | | | | | | | | | | |
| | Relazione di parentela (**) | | | | Codice Fiscale | | | | Data di nascita (gg/mm/aaaa) | | | | % di detrazione |
| | <input type="checkbox"/> | F1 | Primo figlio | <input type="checkbox"/> | D | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | F | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | D | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | F | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | D | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | F | <input type="checkbox"/> | A | <input type="checkbox"/> | D | | | | | | | |

(*) E' a carico il familiare che possiede redditi inferiori o pari a 2.840,51 euro

(**) F1 = primo figlio; F = figli successivi al primo; A = altro familiare; D = figlio con disabilità

| | |
|----|---|
| B5 | Ai fini della determinazione dell'irpef richiede l'applicazione dell'aliquota irpef massima pari al % in luogo di quella progressiva (scegliere tra 27, 38, 41, 43) |
|----|---|

Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.

| | |
|------|-------|
| Data | Firma |
|------|-------|

* **Importante:** allegare sempre, alla presente dichiarazione sostitutiva, la copia di un documento di identità in corso di validità.

INFORMATIVA AI FINI DELLA PRIVACY

S'informa che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge