|  |
| --- |
| ***La S.V. è pregata di compilare il presente modulo in STAMPATELLO***  |

***Richiesta Compenso ed eventuale Rimborso spese per i collaboratori esterni della Scuola***

***SCUOLA SUPERIORE DELLA MAGISTRATURA***

*Sede Amministrativa – Via Tronto n. 2 00198 Roma*

*Uff. Rimborsi tel 06 85271215 e-mail:* arearimborsi@scuolamagistratura.it

***Corso di formazione****:* ***ASPIRANTI DIR \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Scandicci,***

*Il/la Sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_) Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***DICHIARA DI AVER COLLABORATO CON LA SCUOLA COME***

*[ ]* ***Esperto Formatore coordinatore del Corso (1.000 € al lordo delle trattenute)***

*[ ]* ***Attività correzione elaborati (800 € al lordo delle trattenute)***

*[ ]* ***Relatore (400 € al lordo delle trattenute)***

*[ ]* ***Coordinatore gruppo di studio e/o esercitazioni (300 € al lordo delle trattenute)***

***Dichiara altresì:***

*[ ]  non sono [ ]  sono titolare di partita IVA (scelta obbligatoria)*

*[ ]  di non essere iscritto* ***alla gestione separata INPS***

*[ ]  di essere iscritto* ***alla gestione separata INPS*** *(di conseguenza il pagamento verrà erogato solo a seguito di*

 *presentazione di notula alla Scuola)*

*[ ]  il compenso venga tassato ai fini IRPEF con l’aliquota pari al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_% (aliquota massima)*

*[ ]  il compenso venga erogato a seguito di presentazione della fattura. In tal caso i sopra indicati importi*

 *sono da intendersi comprensivi di IVA e di eventuale cassa previdenziale.*

 *La ritenuta di acconto del 20% andrà indicata in fattura e sarà versata da questa Scuola.*

*Ai fini della trattenuta IRPEF si rammenta che, qualora si voglia evitare di dover effettuare il conguaglio al momento della presentazione della dichiarazione dei redditi, si dovrà dichiarare la percentuale IRPEF applicata alla propria retribuzione. In caso di mancata comunicazione, l’ufficio contabile della Scuola applicherà la massima pari al 43%.*

***DICHIARA PER IL RIMBORSO QUANTO SOTTO RIPORTATO***

*[ ]  di essere stato autorizzato all’uso del mezzo proprio come da documentazione allegata*

*[ ]  di aver effettuato le prenotazioni di viaggio tramite Cisalpina Tours*

*[ ]  di non aver percepito durante il suddetto periodo di altre indennità a carico dello Stato o di altri Enti*

***Allega alla presente richiesta eventuali titoli di viaggio, scontrini pasti e pernotto alberghiero in originale per il rimborso delle spese anticipate***

***QUANTO SPETTANTE VERRA’ ACCREDITATO SUL SEGUENTE C/C BANCARIO O POSTALE:***

*Intestato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*CODICE IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2)*

*DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Firma)*

*Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs n.196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Firma)*

*1. CODICE FISCALE SCUOLA 97701980589*

*2.Il codice IBAN dovrà cominciare con IT e dovrà avere 27 caratteri*