**Spett.le**

**Denominazione committente**

**indirizzo**

**CAP e città**

**NOTA DI ADDEBITO N. …./2017**

**(indicare modalità di richiesta: Lettera d’incarto N, data mail, ecc)**

Il/La sottoscritto/a ………………………….. richiede il pagamento dell’importo di seguito riportato inerente la seguente attività di lavoro autonomo occasionale / il rimborso spese:

***La data e il tipo dell’incarico (traduzione, interpretariato e combinazione linguistica***

* Compenso lordo /Rimborso spese **€ 120, 00**
* *a detrarre* Ritenuta d’acconto del 20% **€ 20, 00**
* Rimborso spese (Allegato 1) **€ 13, 00**
* Totale Netto **€ 113, 00**

Dichiara inoltre che:

a) la prestazione di cui sopra non è soggetta ad IVA ai sensi dell’art. 5 D.P.R. 26/12/72 n. 633 per mancanza del presupposto soggettivo;

b) la prestazione di cui sopra non è soggetta al contributo di cui al comma 26 dell’art. 2 della legge 8/8/95 n. 335, non avendo il sottoscritto superato in corso d’anno **il limite di € 5.000,00** di compensi complessivi;

c) non è dipendente di altra Pubblica Amministrazione.

All’uopo comunica i seguenti dati anagrafici

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nome | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  |
| Data di nascita | | | | | | | | | | | | | | | | Comune (o stato estero) di nascita | | | | | | | | | | | | | | | | Provincia | |
|  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Codice identificativo estero | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | |  |
| Indirizzo residenza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° civico | | Telefono | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | | |  |
| Comune (e Stato estero ) di residenza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | C.A.P. | | | | Provincia | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODALITA’ DI PAGAMENTO** (barrare la casella) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **| COD |CIN| COD ABI | CAB | Numero Conto Corrente |** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | **Versamento su c/c n.** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Istituto bancario e n. Agenzia Indirizzo CITTA’ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | **Invio a domicilio con assegno non trasferibile.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | **Dichiara di ricevere in contanti l’importo di € ……………… pari all’importo lordo al netto della rit. irpef 20%.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nel caso di pagamento in contanti la presente vale come ricevuta e viene applicata la marca da bollo da € 2,00 nel caso di importi superiori a € 77,46. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| marca da bollo da € 2,00 |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_