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