

*Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari*

**MODULO PER LA LIQUIDAZIONE DELLE COMPETENZE DA RAPPORTO DI
COLLABORAZIONE**

1. DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara sotto la propria responsabilità:

a) **luogo e data di nascita** _____

b) **codice fiscale** _____

c) **cittadinanza** _____

d) **residenza:**

comune _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

telefono _____

e) **domicilio** (da compilare se diverso dalla residenza):

comune _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

f) **stato civile:** coniugato/a ☐ celibe/nubile ☐ altro ☐ (specificare) _____

g) **titolo di studio** _____

f) **n. telef. cellulare** _____

2. MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il/La sottoscritto/a chiede il pagamento delle competenze mediante accredito sul conto avente codice IBAN (compilare in modo chiaro barrando eventuali zeri, inserendo 27 caratteri)

Banca _____ agenzia _____

comune _____

***Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari***

3. RAPPORTO GIURIDICO E TRATTAMENTO ECONOMICO

Il/La sottoscritto/a, titolare di un **contratto di collaborazione coordinata e continuativa**

con il deputato on. _____, non rientrante nelle previsioni dell'art. 2, comma 1, del D.Lgs. 15 giugno 2015, n. 81, dichiara sotto la propria responsabilità **l'insussistenza di cause d'incompatibilità e di ogni altra causa ostativa o limitativa** prevista dalla legge per dipendenti della Pubblica Amministrazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

☐ di **non percepire altri redditi dalla Camera dei deputati** e di non avere alcun rapporto di lavoro con Gruppi parlamentari;

oppure

☐ di **percepire** i seguenti altri redditi dalla Camera dei deputati o di avere il seguente rapporto di lavoro con un Gruppo parlamentare (in caso di rapporti di lavoro con più Gruppi parlamentari, tali rapporti devono essere indicati distintamente):

(tipo di rapporto; se rapporto part time, misura percentuale del part time; Gruppo parlamentare)

Nel caso di rapporto di lavoro part time con un Gruppo parlamentare (o più Gruppi parlamentari), **dichiara altresì: 1) di avere informato il Gruppo del presente incarico a decreto; 2)** che la misura percentuale complessiva, sommata a quella di cui al presente incarico a decreto, non eccede il 100% di un orario ordinario pieno di 40 ore settimanali e che le prestazioni lavorative relative all'incarico a decreto saranno rese in orario diverso da quello in cui sono rese le prestazioni presso il Gruppo.

Roma, _____ firma del lavoratore _____

***Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari***

4. SISTEMA PREVIDENZIALE

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità di:

☐ essere iscritto/a alla Gestione separata INPS (art. 2, comma 26, legge 335/1995);

oppure

☐ **non** essere iscritto/a alla Gestione separata INPS (art. 2, comma 26, legge 335/1995) e si impegna a produrre al Servizio per le competenze dei Parlamentari copia della avvenuta comunicazione alla sede INPS della titolarità del rapporto di collaborazione di cui si tratta.

Inoltre, ai fini dell'applicazione dell'art. 59, comma 16, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 dichiara sotto la propria responsabilità di:

☐ essere **titolare di reddito di pensione**

oppure

☐ **non** essere iscritto/a ad **altra gestione** previdenziale obbligatoria;

☐ **essere iscritto/a** alla seguente **altra gestione** previdenziale obbligatoria

Roma,

firma _____

5. ISCRIZIONE INPGI-GS

Il/La sottoscritto/a chiede il versamento dei contributi previdenziali alla cassa

☐ INPGI Gestione Separata

firma _____

Roma,

firma _____

***Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari***

5. TRASMISSIONE TRAMITE POSTA ELETTRONICA DELLA DOCUMENTAZIONE INERENTE IL RAPPORTO DI LAVORO

Il/La sottoscritto/a autorizza la Camera dei deputati alla trasmissione tramite posta elettronica dei cedolini paga, delle certificazioni fiscali e di altra documentazione inerente il proprio rapporto di lavoro con il deputato indicato al punto 3; comunica a tal fine il proprio indirizzo:

_____ @ _____

Esonera pertanto il deputato sopra indicato e la Camera dei deputati da ogni altro onere di consegna della medesima documentazione. Dichiara inoltre: di essere consapevole delle modalità e dei rischi connessi all'invio delle comunicazioni in oggetto tramite posta elettronica; di essere unico titolare della casella di posta elettronica sopra riportata e di avere l'accesso esclusivo alla stessa; di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni potenziale condizione o fatto che comporti un possibile rischio per la riservatezza dei propri dati personali (es. furto di credenziali); di esonerare la Camera dei deputati da qualsivoglia responsabilità per ogni eventuale danno derivante dalla richiesta modalità di comunicazione.

Roma,

firma _____

* * * * *

6. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati in conformità alla normativa vigente (deliberazione dell'Ufficio di Presidenza n. 208 del 2004 e Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, recante regolamento generale sulla protezione dei dati - RGPD) ai sensi del Regolamento generale di protezione dei dati personali (RGPD UE 2016/679), anche con strumenti informatici, e che l'informativa è disponibile sulla Bachecca Pe.d.r.o.p.e., a piè di pagina di ogni pagina.

Roma, _____

firma _____

***Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari***

DATI FISCALI

Il/La sottoscritto/a _____

1) dichiara sotto la propria responsabilità di avere diritto alle seguenti detrazioni IRPEF:

☐ **detrazioni connesse alla natura del reddito,**

detrazioni di cui all'art. 13, commi 1 e 2, del Testo unico delle imposte sui redditi
(detrazioni da lavoro dipendente)

☐ **detrazioni per coniuge e familiari a carico** (art. 12 del Testo unico delle imposte sui redditi):

TIPO FAMILIARE (*)	CODICE FISCALE	PERCENTUALE (50% o 100%)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(*) tipo familiare: Coniuge, figlio, 1°figlio in assenza del coniuge, figlio disabile, altro familiare.
(In caso di figli al di sotto dei 3 anni inviare copia del relativo codice fiscale).

oppure

☐ 2) Chiede che non siano applicate al proprio reddito le detrazioni IRPEF **(in alternativa al punto 1)**

☐ 3) Chiede l'applicazione dell'aliquota IRPEF unica del ☐ 35 % ☐ 43%

Roma, _____ firma _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla Camera dei deputati – Servizio per le competenze dei parlamentari **qualsiasi variazione ai dati dichiarati** nel presente modulo.

Roma, _____ firma _____

*Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari*

Allega copia di un documento di riconoscimento e della tessera sanitaria