

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

**MODULO PER LA LIQUIDAZIONE DELLE COMPETENZE DA RAPPORTO DI  
LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE**

**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 lavoro autonomo professionale**

con il deputato on. \_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere titolare di partita IVA in quanto esercente attività di lavoro autonomo e che l'attività di collaborazione rientra nell'oggetto della professione esercitata;

- **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 previdenziale obbligatoria \_\_\_\_\_

Roma, firma \_\_\_\_\_

**5. DICHIARAZIONE PER EVENTUALE ADESIONE AL REGIME FISCALE AGEVOLATO**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver aderito al regime fiscale agevolato di cui all'art. 1. C. 54-89, L. 190/2014. Pertanto chiede che sui compensi corrisposti non venga applicata né l'Imposta sul Valore Aggiunto, né la ritenuta d'acconto Irpef.

Roma, firma \_\_\_\_\_

**6. 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 \_\_\_\_\_

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

**7. 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 \_\_\_\_\_

Il sottoscritto 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 \_\_\_\_\_

**Allega copia di un documento di riconoscimento e della tessera sanitaria**