



- CORSO BRAMANTE 88/90,
10126 TORINO
- CF/P.IVA: 10771180014
- CODICE UNIVOCO
UFFICIO/COMMESSA/CONVEN-
ZIONE: 829TIO (l'ultimo
carattere è una lettera)

Mod. LPS001 RICHIESTA COMPENSO DIDATTICA

CONSEGNARE IN ORIGINALE PRESSO
SEGRETARIA AMMINISTRATIVA CORSI DI
LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
VIA ANTONIO ROSMINI 4/A 10126 TORINO

Dichiarazione sostitutiva ex artt. 47 e 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445: - *Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi degli artt. 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 dichiara*

Il sottoscritto

Cognome Nome

Nato a Prov. II / /

Residenza Prov. CAP

Indirizzo

Domicilio se diverso dalla residenza Prov. CAP

Indirizzo Partita IVA PEC

Codice Fiscale Partita IVA numero

Numero telef. e-mail

Marca da Bollo
(Se dovuta)
€ 2,00

D.P.R. 26/10/1972 n. 642 per importi superiori a €77,47

Da non applicare in caso di pagamento I.V.A.

Dipendente AOU Città della Salute e della Scienza di Torino Matricola CSI (indicata sul badge aziendale)

Dipendente altro ente pubblico Ragione sociale

Qualifica Dipendente universitario convenzionato Iscrizione ENPAPI Obbligo per la professione infermieristica ai sensi della Circ. ENPAPI n. 19/2016

Considerato che la prestazione è stata rilasciata in regime di:

Libera professione titolare P. IVA (obbligo fatturazione elettronica)* Attività occasionale* Fuori orario di servizio (Dipendenti SSN) € 25,82/ora o € 60,00/ora solo per A.D.E./Seminari, Formazione Tutoriale se tale compenso orario è indicato dal Corso di Laurea o dalla Segreteria Formazione Formatori

Soggetta a I.V.A. Esente I.V.A. *si ricordano le limitazioni previste in materia di FORMAZIONE SPECIALISTICA e BORSE DI STUDIO

In orario di servizio (Dipendenti SSN) € 5,16/ora

Chiede il pagamento per l'attività di didattica:

FORMALE INTEGRATIVA/COMPLEMENTARE ATTIVITÀ DIDATTICA ELETTIVA/SEMINARI FORMAZIONE TUTORIALE

CORSO DI STUDI IN:

DIETISTICA INFERMIERISTICA PEDIATRICA ORTOTTICA E OFTALMOLOGIA TECN. DI RADIOLOGIA M.I.R.

EDUCAZIONE PROFESSIONALE LOGOPEDIA OSTETRICIA TECN. NEUROFISIOPATOLOGIA

FISIOTERAPIA MAGISTRALE SC. INFERM. OSTETRICHE T.N.P.E. TECNICHE AUDIOMETRICHE

IGIENE DENTALE MAGISTRALE SC. TECNICHE DIAGNOSTICHE TECN. DI LABORATORIO BIOMEDICO TECNICHE AUDIOPROTESICHE

INFERMIERISTICA CAN(A)(B)(C)

Anno Accademico / Anno di corso I II III Semestre 1 2 ANNUALE

Insegnamento

Modulo / Titolo A.D.E. seminari / Titolo del corso Formazione Formatori

Come di seguito specificato

Ore complessive Dettaglio sul retro obbligatorio Per l'importo lordo di €. (TOTALE FATTURA per possessori di P.IVA) numero ore x cifra oraria lorda prevista

Da accreditare in C/stipendio (per i dipendenti AOU Città Della Salute e Della Scienza di Torino)

in caso di fattura, obbligatoria per i titolari di P.IVA, prima dell'emissione, si ricorda di attendere la ricezione dell'Ordine dal sistema N.S.O. attraverso i canali scelti in fase di iscrizione

Da accreditare C/Banca IBAN

Dichiaro di AVERE superato il reddito di natura autonoma occasionale di €. 5.000,00 e di essere pertanto soggetto all'obbligo di iscrizione alla Gestione Separata INPS ai sensi della L. 326/2003, Art. 44.

Data Firma del richiedente il compenso

Il richiedente ha svolto la suddetta attività di DIDATTICA COMPLEMENTARE/ INTEGRATIVA/ATTIVITÀ DIDATTICA ELETTIVA

Ai sensi del regolamento per l'attribuzione dei carichi didattici, Art. 1.3.2., per il numero complessivo di ore suindicato.

Data Firma del docente titolare del Modulo / Firma del proponente A.D.E. - Seminario per il C.d.L. in Infermieristica

COGNOME NOME

Verificato il regolare svolgimento della prestazione oggetto della presente richiesta, se ne autorizza il pagamento nei limiti di quanto previsto.

TIMBRO E FIRMA Il Presidente del Corso di Studio L'AOU sede dei Corsi di Studio

Data Data

