**Richiesta liquidazione compensi**

Il/La sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
| *COGNOME E NOME* |  |
| *DATA E LUOGO DI NASCITA* |  |
| *RESIDENZA (Via/Piazza,n°civico,Città,CAP)* |  |
| *DOMICILIO*  *(Solo se diverso dalla residenza)* |  |
| *CODICE FISCALE / P.IVA* |  |
| *NUMERO TELEFONICO/FAX* |  |
| *EMAIL* |  |

**nominato ausiliario del Pubblico Ministero in qualità di:**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Consulente tecnico/perito** | * **Interprete/traduttore** |

nel procedimento n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ R.G.N.R. con incarico conferito in data \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ dal Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che per la consulenza eseguita nel periodo dal \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ al \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ gli venga corrisposto (sbarrare le voce che interessa):

|  |  |
| --- | --- |
| * per onorario | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro |
| * per n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vacazioni | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro |
| * per spese di viaggio KM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al KM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro |
| * per altre spese documentate | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro |
| * con un aumento per l’onorario per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro |
| * cassa previd. ed assistenza categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella misura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro |
| * rivalsa INPS 4% | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro |
| * IVA al 22% \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro |
| **TOTALE** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Euro** |

|  |
| --- |
| **Dichiara di avere prestato la propria opera in qualità di:**   * libero professionista titolare partita IVA n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e chiede che gli venga applicata la ritenuta d’acconto IRPEF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % * assimilato a pubblico dipendente   **DICHIARA**   * di non essere dipendente di Pubblica Amministrazione * di essere dipendente di Pubblica Amministrazione   **chiede che gli vengano applicate le aliquote di imposta nella seguente misura**   * aliquota IRPEF per scaglione di reddito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % * aliquota regionale IRPEF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * addizionale comunale IRPEF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **solo in caso di consulenze medico legali svolte da personale medico dipendente di ASL, Università. etc dichiarare di svolgere le attività presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:**   * Medico dipendente autorizzato a svolgere la libera professione in regime di prestazioni intra-moenia (pertanto il reddito prodotto è soggetto ad IVA e la fattura emessa dall’ente, datore di lavoro, con applicazione dell’IVA al 20% senza imposta di bollo e ritenuta IRPEF) * con autorizzazione all’espletamento di consulenza fuori dall’attività intramuraria (ex art. 50, comma 1, lett. f) TUIR - reddito assimilato a quello da lavoratore dipendente)   **CHIEDE CHE IL PAGAMENTO AVVENGA** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | * ACCREDITO SUL PROPRIO CONTO CORRENTE BANCARIO PRESSO LA BANCA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   CODICE IBAN (composto da 27 caratteri tra numeri e lettere): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * ACCREDITO SUL PROPRIO CONTO CORRENTE POSTALE PRESSO BANCOPOSTA UFFICIO DI   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CODICE IBAN (composto da 27 caratteri tra numeri e lettere) \_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **RINUNCIA ALL’AVVISO DI DEPOSITO DEL DECRETO DI LIQUIDAZIONE** | * **SI** | * **NO** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Padova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**NOTE ALLA COMPILAZIONE**

**La richiesta va presentata, a pena di decadenza, entro 100 giorni dalla data del compimento delle operazioni per l’espletamento dell’incarico art. 71 DPR 115/T.U. sulle spese di giustizia**

**ALLEGATI**

1. **Originali delle fatture delle spese sostenute e preventivamente autorizzato e altra documentazione**