

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Di essere iscritto/a in via esclusiva alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi di essere assoggettato/a alle seguenti aliquote per l'anno 2023 | |
| Collaboratori e figure assimilate | | Aliquote |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | 35,03% (33,00 + 0,72 + 1,31 aliquote aggiuntive) |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali NON è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | 33,72% (33,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntive) |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | 24% (IVS) |
| Professionisti | | Aliquote |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie | 26,23% (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva + 0,51 ISCRO) |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | 24% (IVS) |

Y di avere svolto la prestazione in nome e conto della Ditta sotto indicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso. Ragione Sociale: _____

Sede legale _____ C.F./P.I. _____ Tel. _____

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO |
| Identificativo estero (obbligatorio) _____ | |
| <input type="checkbox"/> | di avvalersi della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale tra Italia e stato estero di residenza _____ (allega la certificazione rilasciata dall'Autorità finanziaria estera in merito alla propria domiciliazione fiscale).; |
| <input type="checkbox"/> | di NON avvalersi della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale |

Notizie Professionali: Allegare Curriculum Vitae

| Pagamento tramite Bonifico Bancario: Banca _____ | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|--|-----|-----|--|--|--|-----|--|--|-----|
| Sigla paese | Numeri di controllo | | CIN | ABI | | | | CAB | | | C/C |
| | | | | | | | | | | | |

Il sottoscritto si impegna a:

- dare immediata comunicazione nel caso si verificano variazioni rispetto a quanto dichiarato;
- non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario.

Data, _____

Firma _____