Nome e Cognome  
Indirizzo di residenza  
CAP - Città  
CODICE FISCALE  
Email:

**Spettabile ASD/SSD** **/ETS di ambito sportivo  
nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
CAP - Città  
C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ricevuta n. \_\_ del \_\_\_\_per il Progetto Sport di tutti - Inclusione – CUP J59I22001770001

|  |  |
| --- | --- |
| Prestazione occasionale: *indicare l’oggetto dell’attività svolta* | € |
| -Ritenuta d’acconto | € |
| -Ritenuta INPS | € |
| **Netto corrisposto** | € |

Il sottoscritto **DICHIARA** (ai sensi ed effetti degli artt. 46,47,48,49 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445) che alla data odierna:

🞎 NON HA SUPERATO il limite di € 5.000 relativo a prestazioni occasionali.

🞎 HA SUPERATO il limite di € 5.000 relativo a prestazioni occasionali per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Per importi superiori ad € 77,47 applicare la marca da bollo di € 2* |
|
|
|

***INFORMAZIONI PREVIDENZIALI***

*(da compilare solo in caso di superamento della soglia di € 5.000 prevista dall’art. 44 , comma 2 del D.L. n. 269/2003)*

Attività prevalente svolta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione ad altra copertura previdenziale obbligatoria:

🞎 Si (specificare quale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 No

Ulteriori compensi percepiti finora a titolo di collaborazioni occasionali (anche con Committenti diversi da Sport e Salute): €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data,

Il sottoscritto **DICHIARA** la veridicità dei dati e delle informazioni fornite ai sensi ed effetti degli artt. 46,47,48,49 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_