

MODULO PER LA RISCOSSIONE DEI COMPENSI AI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI

IL SOTTOSCRITTO

Cognome		
Nome		
Nato a	Prov.	IL(gg.mm.aa)
Residente a	Prov.	C.A.P.
Via/Piazza		n.
Telefono	Indirizzo e-mail	
Codice fiscale		

ai fini del pagamento del compenso per la partecipazione alla Commissione esaminatrice di:

.....

DICHIARA CHE:

<input type="checkbox"/>	<p>E' dipendente della seguente amministrazione</p> <p>Con la qualifica di</p> <p>(per i dirigenti indicare se il pagamento del compenso è da liquidare – D.Lgs. 165/2001 art. 24)</p> <p>Indirizzo e codice fiscale dell'amministrazione di appartenenza</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> a me stesso/a* <input type="checkbox"/> all' Amministrazione di appartenenza</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<input type="checkbox"/>	<p>L'attività prestata rientra nell'oggetto della propria professione abituale di</p> <p>(indicare la professione)</p> <p>Dichiara di emettere fattura (barrare in caso affermativo)</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>E' prestatore occasionale di lavoro autonomo</p> <p>Dichiara di emettere notula professionale (barrare in caso affermativo)</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>Altre informazioni o note</p>	

* indicare le motivazioni che giustifichino tale scelta

Il compenso dovuto dovrà essere accreditato :

Nome e indirizzo banca/posta

(compilare la tabella in ogni sua parte)

Codice Paese	Check Digit (2 caratteri numerici)	CIN (1 carattere alfabetico)	ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	C/C (12 caratteri alfanumerici senza spazi o caratteri speciali)
IT					

PAVIA,

Firma