

## **MODELLI PREVIDENZIALI, FISCALI ED ASSICURATIVI**

### **PER TITOLARI DI CONTRATTI DI PRESTAZIONE D'OPERA IN REGIME DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA ED IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE**

(ART. 2222 DEL C.C. ART. 89 REGOLAMENTO DI CONTABILITA' DEL CNR)

### **E PER TITOLARI DI BORSE DI STUDIO (ESCLUSIVAMENTE MODELLI 4 E 5)**

- ❖ Modello 1 - a cura del lavoratore soggetto alla G.S. Inps - *Scheda anagrafica*
- ❖ Modello 2 - a cura del lavoratore soggetto alla G.S. Inps - *Scheda informativa ai fini previdenziali*
- ❖ Modello 3 - a cura del lavoratore soggetto alla G.S. Inps - *Comunicazione dei compensi soggetti alla gestione separata Inps corrisposti da altri committenti*
- ❖ Modello 4 - a cura del titolare del contratto di prestazione d'opera in regime di collaborazione coordinata e continuativa - *Scheda informativa ai fini fiscali*
- ❖ Modello 5 - di richiesta delle detrazioni familiari "**Detrazioni per carichi di famiglia**" - (art. 12 del dpr 917/86) e delle "**Altre Detrazioni**" - (art. 13 del dpr 917/86) a cura del titolare del contratto di prestazione d'opera in regime di collaborazione coordinata e continuativa e borsista.
- ❖ Modello 6 - di iscrizione all'INAIL - (art. 5 del Dlgs 38/2000) a cura del committente per il titolare del contratto di prestazione d'opera in regime di collaborazione coordinata e continuativa
- ❖ Modello 7 - di variazione all'INAIL - (art. 5 del Dlgs 38/2000) a cura del committente per il titolare del contratto di prestazione d'opera in regime di collaborazione coordinata e continuativa

**SCHEDA ANAGRAFICA**

INCARICO DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE ESTERNA

N° ..... DEL.....

ATTRIBUITO DA C.N.R.:

STRUTTURA CNR .....

PERIODO: DAL..... AL .....

COGNOME.....NOME.....

NATO A ..... (.....) IL .....

C.F..... P.IVA .....

RESIDENZA ..... (.....) C.A.P. ....

INDIRIZZO.....N° .....

**DOMICILIO FISCALE (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)**

INDIRIZZO.....N° ..... C.A.P. ....

RECAPITI TELEFONICI .....

**(EVENTUALE) AMMINISTRAZIONE DI APPARTENENZA**

INDIRIZZO.....

**Modalità di pagameto**

C/C BANCARIO N° ..... ABI ..... CAB ..... CIN .....

IST. DI CREDITO..... AG.....

SEDE DI..... INDIRIZZO.....

ALTRE MODALITÀ DI PAGAMENTO.....

*Data*.....

.....  
(firma)

**SCHEDA INFORMATIVA AI FINI PREVIDENZIALI**

*per i rapporti di lavoro soggetti alla Gestione Separata Inps*

Il sottoscritto..... (C.F.....),  
titolare di rapporto di lavoro soggetto/non soggetto a Gestione Separata Inps, come da contratto  
sottoscritto in data..... con il..... del Consiglio  
Nazionale delle Ricerche

**COMUNICA:**

*(cancellare la dicitura che non interessa)*

- di non essere tenuto all'iscrizione alla G.S. INPS in quanto esclusivamente lavoratore autonomo occasionale con compensi incassati nell'anno solare in corso per un ammontare complessivo inferiore ad Euro 5.000,00 compreso il pagamento richiesto;
- di non essere soggetto alla gestione separata I.N.P.S. avendo esercitato entro il 1 aprile 2001 diritto di opzione per la cancellazione dall'obbligo contributivo per effetto del raggiungimento del 65° anno di età (art. 4 comma 1 lettera b) del D.M. 2 maggio 1996 n. 282) – In questo caso i soggetti sono tenuti a procedere con la compilazione del modello 4.
- di essere già iscritto/di aver presentato in data ..... domanda di iscrizione/variazione alla "gestione separata I.N.P.S.". In tal caso compilare anche la parte sottostante.

**DICHIARA:**

*(barrare la casella corrispondente alla propria posizione contributiva)*

- di avere altra copertura previdenziale obbligatoria;
- di essere titolare di pensione;
- di avere esclusivamente redditi di lavoro soggetti a gestione separata Inps e, pertanto, di essere privo di altra copertura previdenziale

**DICHIARA inoltre:**

*(barrare la casella corrispondente alla propria posizione)*

- di aver sottoscritto a tutt'oggi esclusivamente il presente contratto con il CNR che prevede pagamenti nell'anno in corso;
- di aver sottoscritto con il CNR oltre al presente contratto, altro/i contratti di lavoro soggetti alla G.S. Inps che prevedono pagamenti nell'anno in corso;
- di aver sottoscritto, per l'anno in corso, con altri committenti diversi dal CNR, ulteriori contratti di lavoro soggetti a G.S. Inps ed averne incassato, in tutto o in parte, nello stesso anno, i relativi compensi (**in questo caso occorrerà compilare e trasmettere alla struttura CNR competente la "scheda di comunicazione dei dati per il calcolo contributi G.S. Inps"-Mod.3**);
- di non aver incassato, nell'anno in corso, da altri committenti diversi dal CNR, alcun corrispettivo a fronte di altri contratti di lavoro soggetti alla G.S. Inps.

Data.....

.....  
(firma)

AI C.N.R.  
(Struttura Amministrativa committente)

SEDE

**SCHEDA DI COMUNICAZIONE DATI**  
**PER CALCOLO CONTRIBUTI ALLA G.S. INPS**

- *Comunicazione dei compensi soggetti alla Gestione Separata Inps corrisposti da altri committenti precedentemente al pagamento da effettuare -*

Il sottoscritto ..... (C.F.....), titolare di rapporto di lavoro soggetto alla Gestione Separata Inps, come da contratto sottoscritto in data..... con ..... del Consiglio Nazionale delle Ricerche

**DICHIARA**

(cfr. D.L. 269/2003 – L. 326/2003 - circolare I.N.P.S. n° 103 del 6 luglio 2004)

- di aver incassato alla data .....(1) la somma complessiva di € ..... (2), relativa a compensi per prestazioni di lavoro autonomo occasionale. Tale importo dovrà essere considerato all'atto del pagamento in scadenza, ai fini del calcolo e del versamento dei contributi eventualmente dovuti alla G.S. INPS.

(1) data della nota di addebito o rata in scadenza;

(2) importo lordo (per le sole prestazioni occasionali importo lordo al netto delle eventuali spese addebitate al committente).  
L'indicazione di tale importo costituisce comunicazione necessaria per la corretta applicazione della franchigia e determinazione dello scaglione previdenziale e del relativo massimale contributivo.

- di aver incassato alla data.....(1) la somma complessiva di €.....(2), relativa a compensi per prestazioni collaborazioni coordinate e continuative, prestazioni d'opera, assegni di ricerca. Tale importo dovrà essere considerato all'atto del pagamento in scadenza, ai fini del calcolo e del versamento dei contributi eventualmente dovuti alla G.S. INPS.

(1) data della nota di addebito o rata in scadenza;

(2) importo lordo. L'indicazione di tale importo costituisce comunicazione necessaria per la corretta determinazione , dello scaglione previdenziale e del relativo massimale contributivo.

Data.....

.....  
(firma)

## SCHEDA INFORMATIVA AI FINI FISCALI

Il sottoscritto ..... (C.F.....), titolare di rapporto di "collaborazione coordinata e continuativa" come da contratto sottoscritto in data..... con la Struttura del CNR.....

### **RICHIEDE:**

(barrare la casella, o le caselle, corrispondenti alla propria posizione fiscale)

- che sull'imponibile fiscale del compenso derivante dalla collaborazione di cui al sopra specificato contratto venga operata la ritenuta IRPEF, applicando l'aliquota marginale del .....%;
  
- che sull'imponibile fiscale del compenso derivante dalla collaborazione di cui al sopra specificato contratto venga operata la ritenuta IRPEF, applicando la tassazione ordinaria progressiva;

Al fine di usufruire o meno delle detrazioni per "**Carichi di famiglia**" e "**Altre detrazioni**" il sottoscritto correda la presente scheda di idonea richiesta da effettuare con i rispettivi moduli.

Data.....

.....  
(firma)

*Al Consiglio Nazionale delle Ricerche*  
Centro di responsabilità ..... (1)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Ai fini di quanto previsto dagli art. 23 del DPR 600/73**

**1) DETRAZIONI PER "CARICHI DI FAMIGLIA" ART. 12 DEL TUIR**

*DICHIARA DI AVERE DIRITTO ALLE SEGUENTI DETRAZIONI PER CARICHI DI FAMIGLIA E CHE IL REDDITO ANNUO COMPLESSIVO PERCEPITO DA CIASCUNO DEI FAMILIARI A CARICO NON È SUPERIORE A EURO 2.840,51 ANNUI AL LORDO DEGLI ONERI DEDUCIBILI.*

**A decorrere dal** (2) \_\_\_\_\_

	Nome e cognome	Data di nascita
Coniuge a carico		

		Data di nascita	Disabile art. 3 L. 104/92
1° figlio in mancanza del coniuge (3)			

Figli a carico	Nome e Cognome	Data nascita	50% (4)	100% (5)	Disabile art.3 L.104/92
1. Figlio					
2. Figlio					
3. Figlio					

Altri familiari ex art.433 Codice Civile	Nome e Cognome	Data nascita	....%
1. Altro familiare			
2. Altro familiare			

*Le detrazioni per carichi di famiglia di cui all'art. 12 del TUIR sono riconosciute dal sostituto d'imposta se il collaboratore dichiara di avervi diritto, indicando le condizioni spettanza ed impegnandosi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni. La dichiarazione presentata, relativamente ai dati sopra dichiarati, ha effetto anche per i periodi di imposta successivi.*

## 2) "ALTRE DETRAZIONI" per lavoro dipendente ed assimilato ART. 13 DEL TUIR

Chiede che venga applicata la detrazione per reddito di lavoro dipendente ed assimilato

da rapportare al periodo di lavoro nell'anno. (barrare)

Chiede, ai fini del calcolo delle detrazioni per Carichi di Famiglia e delle Altre Detrazioni, che venga considerato come reddito complessivo (al netto del reddito che sarà corrisposto dal CNR nell'anno in corso), l'importo pari ad Euro \_\_\_\_\_ . Tale dichiarazione ha validità solo per l'anno in cui viene presentata.

Chiede che non venga applicata alcuna "Detrazione per carichi di famiglia (barrare)

Chiede che non venga applicata alcuna "Altra detrazione" (barrare)

**Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto integralmente il modello comprese le note a margine e di accettarle in ogni loro parte.**

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art.1, comma 2 del Dlgs. n. 471/97 e successive integrazioni e modificazioni, in caso di dichiarazioni non veritiere, e si impegna a comunicare tempestivamente il verificarsi di condizioni che comportino variazione alla detrazione d'imposta in godimento.*

*Il/la sottoscritto/a prende atto, ai sensi dell'art. 13 della Legge 196/2003 sul trattamento dei dati personali, che i dati contenuti nella presente autocertificazione verranno trattati prevalentemente con procedure informatizzate e potranno essere forniti ad altri organismi pubblici per il raggiungimento delle rispettive finalità istituzionali.*

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

### **Note (con la sottoscrizione del modello si accettano integralmente anche le seguenti note):**

(1) Denominazione del centro di responsabilità che ha conferito l'incarico

(2) Indicare giorno/mese/anno nel caso di variazione del nucleo familiare (nascita, matrimonio, separazione, decesso, attribuzione handicap ai sensi dell'art.3 L.104/92); indicare solo l'anno nel caso di variazione per familiare che superi euro 2.840,51 annui al lordo degli oneri deducibili.

(3) Nel caso in cui sussista la condizione di primo figlio in mancanza del coniuge, nella parte dedicata ai "Figli" si deve indicare il numero dei figli senza tenere conto del primo figlio.

(4) La detrazione per figli a carico spetta al 50% in quanto il sottoscritto dichiara di rientrare in una delle sotto indicate categorie:

- collaboratore/borsista con coniuge fiscalmente non a carico e figli a carico;
- collaboratore/borsista separato con figli non affidati e sussistenza di accordo con l'altro genitore affidatario;
- collaboratore/borsista separato con figli affidati ed esistenza di un accordo con l'altro genitore;
- collaboratore/borsista con figli in affidamento congiunto.

(5) La detrazione per figli a carico spetta al 100%, in quanto il sottoscritto dichiara di rientrare in una delle sotto indicate categorie:

- collaboratore/borsista con coniuge a carico o primo figlio in assenza di coniuge;
- collaboratore/borsista con reddito più alto rispetto all'altro genitore ed esistenza di un accordo;
- collaboratore/borsista vedovo nuovamente coniugato con figli dal precedente matrimonio;
- collaboratore/borsista separato con figli affidati;
- collaboratore/borsista separato con figli affidati all'altro genitore ed esistenza di un accordo;
- collaboratore/borsista separato con figli in affidamento congiunto ed esistenza di un accordo;
- collaboratore/borsista separato con figli non affidati o con affidamento congiunto. L'altro genitore non può usufruire in tutto o in parte della detrazione in quanto ha un reddito troppo basso.

**MOD. 6 – Iscrizione INAIL dei lavoratori parasubordinati a cura del committente per il titolare del contratto di prestazione d’opera in regime di collaborazione coordinata e continuativa**

**LAVORATORI PARASUBORDINATI DI CUI ALL'ART. 5 DEL D. LGS. 38/2000**

COD. FISC. DITTA	Posizione Assicurativa Ditta	C.C.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COD. FISC. LAVORATORE	
<input type="text"/>	
COGNOME	NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DURATA DEL CONTRATTO	DATA INIZIO RISCHIO (GG/MM/AAAA)      DATA FINE RISCHIO (GG/MM/AAAA)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
COMPENSO ANNUALE O DEL MINOR PERIODO	
<input type="text"/>	

COD. FISC. LAVORATORE	
<input type="text"/>	
COGNOME	NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DURATA DEL CONTRATTO	DATA INIZIO RISCHIO (GG/MM/AAAA)      DATA FINE RISCHIO (GG/MM/AAAA)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
COMPENSO ANNUALE O DEL MINOR PERIODO	
<input type="text"/>	

COD. FISC. LAVORATORE	
<input type="text"/>	
COGNOME	NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DURATA DEL CONTRATTO	DATA INIZIO RISCHIO (GG/MM/AAAA)      DATA FINE RISCHIO (GG/MM/AAAA)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
COMPENSO ANNUALE O DEL MINOR PERIODO	
<input type="text"/>	

DATA DI PRESENTAZIONE/SPEDIZIONE (riservata INAIL)	FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

**MOD. 7 – Variazione INAIL dei lavoratori parasubordinati a cura del committente per il titolare del contratto di prestazione d’opera in regime di collaborazione coordinata e continuativa**

<b>LAVORATORI PARASUBORDINATI DI CUI ALL'ART. 5 DEL D. LGS. 38/2000</b>																																																																																																											
CODICE FISCALE DITTA								Posizione Assicurativa Ditta		C.C.																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="12" style="padding: 5px;">COD. FISC. LAVORATORE</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="padding: 5px;">COGNOME</td> <td colspan="6" style="padding: 5px;">NOME</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td colspan="6" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">DURATA DEL CONTRATTO</td> <td colspan="4" style="padding: 5px;">DATA INIZIO RISCHIO (GG/MM/AAAA)</td> <td colspan="4" style="padding: 5px;">DATA FINE RISCHIO (GG/MM/AAAA)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="padding: 5px; text-align: center;">COMPENSO ANNUALE O DEL MINOR PERIODO</td> <td colspan="4" style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table>												COD. FISC. LAVORATORE																								COGNOME						NOME																		DURATA DEL CONTRATTO				DATA INIZIO RISCHIO (GG/MM/AAAA)				DATA FINE RISCHIO (GG/MM/AAAA)																COMPENSO ANNUALE O DEL MINOR PERIODO																							
COD. FISC. LAVORATORE																																																																																																											
COGNOME						NOME																																																																																																					
DURATA DEL CONTRATTO				DATA INIZIO RISCHIO (GG/MM/AAAA)				DATA FINE RISCHIO (GG/MM/AAAA)																																																																																																			
COMPENSO ANNUALE O DEL MINOR PERIODO																																																																																																											
DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' EFFETTIVAMENTE SVOLTA																																																																																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="12" style="padding: 5px;">COD. FISC. LAVORATORE</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="padding: 5px;">COGNOME</td> <td colspan="6" style="padding: 5px;">NOME</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td colspan="6" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">DURATA DEL CONTRATTO</td> <td colspan="4" style="padding: 5px;">DATA INIZIO RISCHIO (GG/MM/AAAA)</td> <td colspan="4" style="padding: 5px;">DATA FINE RISCHIO (GG/MM/AAAA)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="padding: 5px; text-align: center;">COMPENSO ANNUALE O DEL MINOR PERIODO</td> <td colspan="4" style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table>												COD. FISC. LAVORATORE																								COGNOME						NOME																		DURATA DEL CONTRATTO				DATA INIZIO RISCHIO (GG/MM/AAAA)				DATA FINE RISCHIO (GG/MM/AAAA)																COMPENSO ANNUALE O DEL MINOR PERIODO																							
COD. FISC. LAVORATORE																																																																																																											
COGNOME						NOME																																																																																																					
DURATA DEL CONTRATTO				DATA INIZIO RISCHIO (GG/MM/AAAA)				DATA FINE RISCHIO (GG/MM/AAAA)																																																																																																			
COMPENSO ANNUALE O DEL MINOR PERIODO																																																																																																											
DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' EFFETTIVAMENTE SVOLTA																																																																																																											
<p><b>N.B. DA USARE SOLO PER LE DENUNCE DI VARIAZIONE DI CUI ALL'ART 12, comma 3 T.U. (SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' GIA' ASSICURATA)</b></p>																																																																																																											
DATA DI PRESENTAZIONE/SPEDIZIONE <small>(riservata INAIL)</small>								FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA																																																																																																			