#### Sistema Socio Sanitario



#### Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189 Sito Internet: http://www.asst-pavia.it

ALL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE (ASST) DI PAVIA U.O.C. ECONOMICO FINANZIARIA – SEDE DI VIGEVANO –

### SCHEDA PER INTESTAZIONE DI CONTO INDIVIDUALE (ARTT.7, 21, 24 D.P.R. 29/9/1973 N.600 E ARTT. 30/10/1991 N.412)

COGNOME AUGRANO NOME SARA					
LUOGO DI NASCITA GALLIPOLI PROV LE DATA 02/04/1989					
N. DI CODICE FISCALE (FRSRA89D42D883N. DI PARTITA IVA 02447960069					
NRO/NSO: CANALE DI RICEZIONE: PEPPOL PEC SDI COOP					
NRO/NSO: CODICE IDENTIFICATIVO CANALE O INDIRIZZO PEC:					
REGIME FISCALE: ORDINARIO ESENTE IVA ORDINARIO IVA 22% MINIMI/FORFETTARIO					
COMUNE DI RESIDENZA E INDIRIZZO PONTEWRONE (AL) VIALE EUROPA A' RECAPITO TELEFONICO 349/7851145					
RECAPITO TELEFONICO STO 1 TO S					
E-MAIL alforana avana (3) y mail. compec: alforana avana (3) pec. it					
PRESTAZIONE PROFESSIONALE RESA A FAVORE ASST PAVIA O NATURA DEL RAPPORTO					
□ SE LAVORATORE DIPENDENTE □ SE LAVORATORE COLLABORATORE					
Amministrazione o Ente di appartenenza					
con sede in Via / Piazza					
Comune Prov CAP					
SE LAVORATORE AUTONOMO (barrare la casella)					
PRESTAZIONE LIBERO-PROF.LE SVOLTA DA PROFESSIONISTA ISCRITTO ALL'ALBO E CON CASSA PREVIDENZA DI CATEGORIA					
(IMPONIBILE ASSOGGETTATO AL 2% - 4%) NO					
E ISCRITTO ALLA GESTIONE SEPARATA INPS					
(IMPONIBILE ASSOGGETTATO AL 4%) SI					
SE PENSIONATO (barrare la casella)					
□ SE PRESTAZIONE DI LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE (barrare la casella)					
IL SOTTOSCRITTO NON È TITOLARE DI PARTITA IVA. LA PRESTAZIONE RESA FA RIFERIMENTO ALL'ART.5 COMMA 2° DEL DPR					
N.633 DEL 26/10/1972 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI.					
BARRARE E COMPILARE LA PARTE DI INTERESSE					
⇒ □ IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE, AI SENSI DELLA L. 24/11/2003 N.326 ART.44 E DELLA CIRCOLARE INPS N.103 DEL					
6/7/2004, CHE IL PROPRIO REDDITO COMPLESSIVO A TITOLO DI LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE PER L'ANNO IN					
CORSO NON SUPERA €.5.000,00 (CINQUEMILA/00)					
⇒ □ IN CASO DI SUPERO DEL LIMITE (€ 5.000,00), INDICARE LA DECORRENZA E L'EVENTUALE ISCRIZIONE AD ALTRA FORMA					
PREVIDENZIALE AI FINI DEL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO:					
DECORRENZAISCRIZIONE					
IN CASO DI SUPERAMENTO E' OBBLIGO DEL SOGGETTO INTERESSATO L'ISCRIZIONE ALLA GESTIONE SEPARATA INPS.					
MEDIANTE ACCREDITO SU C/C N. 000 1037 88 177 a me intestato					
presso la banca UNICREDIT TORTONA (AL)					
IBAN 1777Q0200848671 009103788.177					
(rilevabile dall'estratto conto bancario)					
IL SOTTOSCRITTO DICHIARA LA VERIDICITA' E COMPLETEZZA DEI DATI SUESPOSTI E SI IMPEGNA A COMUNICARNE TEMPESTIVAMENTE OGNI VARIAZIONE.					
Data 31/05/2024 Ger Olfor					
I dati contenuti nella presente scheda saranno trattati dall'ASST di Pavia ai sensi dell'art 13 D.lgs 196/2003. Informativa integrale sul sito					

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

# Regione Lombardia ASST Pavia

#### Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189

sito internet: www.asst-pavia.it

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA

II/La sotto scritto/a ALFARANO SARA					
titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione collaborazione					
consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445) sotto la propria responsabilità					
DICHIARA					
di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria pubblica, privata accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia					
in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:					
di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione					
in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:					
di non svolgere alcun altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia					
di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:					
In fede					
Luogo e data NOGHEMA (PV)  31/95/2024					

## Sistema Socio Sanifario Regione Lombardia ASST Pavia

#### DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e s.m.i. per richieste di aspettative varie ed altro Ed 1 Rev D Maggio 2019

MOD02,727.DAM01.51301/PRO.01

Data 34/05/ 2024

I MOHEOR (BU)

Data 24 / 00/ CO.C4	•			L MOGHEDA (
II/la sottoscritto/a	AUFARA	no sa	20	
Consapevole delle sanzioni p dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2 dal controllo di cui all'art. 7 responsabilità, dichiara quant	000 e dalla decad 1 del medesimo i	enza dei benelia	i prevista dall'art. 75 de	medesimo D.P.P.
DICHIARAZIONE SOSTITUȚIVA D	DI CERTIFICAZIONE C	ıl sensi dell'art.46	del DPR n.445/2000 e s.	m.i.
Di essere nato/a SALI provincia (o stato estero)	DEA DPA unito civilmente	a coujnâdio 	telefono 3 a vedovo a sepo	49/7851145 prato adivorziato
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D	TATTO DI NOTORIET	A' ai sensi dell'a	1.47 del DPR n.445/2000	e s.m.j.
ndicare analilicamente tutti gli ele nformativa al sensi 3 della le pratica per la quale sono sta quanto accompagnata da fol	gge 196/2003: i de att richiesti. La sotte	ali verranno ulili: oscrizione della j	zali esclusivamente pe presente dichlorazione	r le finalità connesse alla
			Firma de	el dichiarante
UOC Risorse Umane		<u> </u>	700	
				Paaldil