

DIPARTIMENTO DI FISICA  
PROSPETTO DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE COMPENSO

Il sottoscritto prof. \_\_\_\_\_ chiede di corrispondere a \_\_\_\_\_ l'importo netto di Euro \_\_\_\_\_ quale compenso per \_\_\_\_\_ (se seminario indicare il titolo e la data in cui deve essere tenuto) da addebitare sui fondi \_\_\_\_\_

**RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO**

DESCRIZIONE	IMPORTO

IL RESPONSABILE DELLA RICERCA  
\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
(prof. Paolo Rossi)  
\_\_\_\_\_

**(parte riservata al percettore del compenso)**

COGNOME e NOME		
LUOGO e DATA DI NASCITA		
CITTADINANZA		
RESIDENZA FISCALE (CITTÀ E INDIRIZZO)		
ENTE DI APPARTENENZA		
CODICE FISCALE/PASSAPORTO		
MODALITÀ DI PAGAMENTO (barrare la voce che interessa)		
<input type="checkbox"/> C/c n. _____ Banca _____ ABI _____ CAB _____	<table border="1"><tr><td>Marca da bollo 1,29</td></tr></table>	Marca da bollo 1,29
Marca da bollo 1,29		
<input type="checkbox"/> Assegno circolare non trasferibile da inviare all'indirizzo di residenza		
<input type="checkbox"/> Con giacenza presso l'Istituto Cassiere		
<input type="checkbox"/> Con quietanza del segretario amministrativo		

**Dati da fornire indispensabili per consentire il pagamento**

Giorni di permanenza nel dipartimento \_\_\_\_\_ (per calcolare l'assicurazione infortuni e resp. civile)  
Personale a  part time  a tempo pieno (per anagrafe tributaria richiesta ogni anno dal MIUR)

*parte riservata al percettore del compenso qualora voglia avvalersi della convenzione stipulata tra Italia e stato estero*

Il sottoscritto, identificato con \_\_\_\_\_, previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dichiara di

volersi avvalere della convenzione stipulata tra Italia e \_\_\_\_\_, intesa ad evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sul reddito e sul patrimonio e a prevenire le evasioni fiscali. Dichiara altresì, sotto la sua personale responsabilità, di trovarsi nelle condizioni soggettive ed oggettive per avvalersi della richiamata normativa. Esonera l'Università di Pisa da qualsiasi responsabilità in merito.

IL SEGRETARIO AMMINISTRATIVO

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Pisa, \_\_\_\_\_

*da compilare nel caso di pagamento con fondo economale*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto dal Segretario amministrativo del Dipartimento di Fisica l'importo netto di \_\_\_\_\_.

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE**

Lordo da impegnare	Liquid.	Obb.	Pren.	Mand.
Spese di viaggio				
Imponibile				
IRAP amm.ne				
Rit. Acconto				
Netto				
<b>ASSICURAZIONE</b>				
n. ____ giorni a 0,08 =	<b>TOTALE</b>			
0,52 ogni 516,45 di imp.ben. =	Obbl. ____ prenot. ____			