



Procura della Repubblica di Mantova
Scheda Beneficiario

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Residenza	
Domicilio fiscale (solo se diverso dalla residenza)	
IBAN c/c (deve essere intestato al beneficiario)	
Regime fiscale	<input type="checkbox"/> Lavoro autonomo / professionista <input type="checkbox"/> Lavoro assimilato a lavoro dipendente <input type="checkbox"/> Prestazione occasionale <input type="checkbox"/> Medico in intramoenia <input type="checkbox"/> Studio associato <input type="checkbox"/> Altro:
<i>REGIME ASSIMILATO A LAVORO DIPENDENTE</i>	
Aliquota ritenuta IRPEF	%
Aliquota addizionale regionale	%
Aliquota addizionale comunale	%
<i>REGIME DI PROFESSIONISTA / LAVORO AUTONOMO / PRESTAZIONE OCCASIONALE</i>	
N. partita IVA	
IVA 22%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, esente (specificare motivo):
Ritenuta acconto 20%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, esente (specificare motivo):
Cassa Professionale / Gestione Previdenziale	<input type="checkbox"/> Cassa Professionale (specificare quale): <input type="checkbox"/> Gestione Separata INPS <input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di non essere iscritto ad alcuna Cassa Professionale né alla Gestione Separata INPS.
Aliquota Contributo Cassa / INPS (solo se iscritti)	%
Personale dipendente	Il sottoscritto dichiara di <input type="checkbox"/> avere <input type="checkbox"/> non avere personale alle proprie dipendenze.

Il/La sottoscritto/a, consapevole che la falsa dichiarazione comporta responsabilità e sanzioni civili e penali ex art. 76 D.P.R. 445/2000, DICHIARA che i dati sopra riportati corrispondono a verità e di impegnarsi a comunicarne tempestivamente ogni variazione.

Data

FIRMA

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità (non richiesto in caso di firma digitale).