



Procura della Repubblica di Mantova  
Scheda Beneficiario

<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Data di nascita</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Residenza</b>	
<b>Domicilio fiscale</b> (solo se diverso dalla residenza)	
<b>IBAN c/c</b> (deve essere intestato al beneficiario)	
<b>Regime fiscale</b>	<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>	
<b>Aliquota ritenuta IRPEF</b>	%
<b>Aliquota addizionale regionale</b>	%
<b>Aliquota addizionale comunale</b>	%
<i>REGIME DI PROFESSIONISTA / LAVORO AUTONOMO / PRESTAZIONE OCCASIONALE</i>	
<b>N. partita IVA</b>	
<b>IVA 22%</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, esente (specificare motivo):
<b>Ritenuta acconto 20%</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, esente (specificare motivo):
<b>Cassa Professionale / Gestione Previdenziale</b>	<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.
<b>Aliquota Contributo Cassa / INPS</b> (solo se iscritti)	%
<b>Personale dipendente</b>	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).**