

**FICHE DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL À L'INTENTION DES COLLABORATEURS ÉTRANGERS**

<b>PREMIÈRE COMMUNICATION</b>	<b>CHANGEMENT DES DONNÉES À PARTIR DU</b>
-------------------------------	---

**DONNÉES PERSONNELLES**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Ville ou pays étranger de naissance \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ courriel \_\_\_\_\_

Codice fiscale (Code d'identification fiscale italien)																
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OU autre code d'identification (\*) si vous résidez à l'étranger

**RÉSIDENCE**

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ (Province) \_\_\_\_\_

DOMICILE (adresse postale, si elle diffère de l'adresse indiquée ci-dessus)

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ (Province) \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

\*indiquer le code/numéro d'immatriculation fiscale qui vous a été attribué par l'administration fiscale de votre pays de résidence, ou, à défaut, un code/numéro d'immatriculation qui vous a été attribué par une autorité administrative de votre pays de résidence.

**DOUBLE IMPOSITION**

- Je déclare bénéficier d'une Convention en vue d'éviter la double imposition (je joins à cet effet un exemplaire de ladite Convention ainsi que les documents requis)
- Je déclare NE PAS bénéficier d'une Convention en vue d'éviter la double imposition.

**DÉCLARATION CONCERNANT LE RÉGIME DE COTISATION**

Je déclare sur l'honneur :

1. être soumis(e) au régime de cotisation visé aux alinéas 26 et suivants de l'art. 2 de la loi n° 335 de 1995 relatifs à la gestion séparée du travail indépendant :
  - au taux plein (à défaut d'une convention internationale de sécurité sociale ou si vous n'êtes pas inscrit(e) à une caisse de retraite obligatoire - *previdenza obbligatoria* - en Italie) ;
  - au taux réduit (s'il existe une convention internationale, veuillez préciser le type d'assurance retraite obligatoire dont vous bénéficiez dans votre pays de résidence : travailleur salarié - travailleur autonome, autre : \_\_\_\_\_)

Si j'atteins le plafond annuel de cotisations, je m'engage à le communiquer à l'Université.

2. Pour les missions occasionnelles :
  - Je déclare ne pas être soumis(e) au régime de cotisation sus visé, puisque ma prestation est occasionnelle ;
  - Je déclare être soumis(e) au régime de cotisation visé aux alinéas 26 et suivants de l'art. 2 et de la loi n° 335 de 1995, bien qu'effectuant une prestation occasionnelle, du fait que j'ai déjà perçu, au titre de l'année en cours, un montant total supérieur à 5 000 euros découlant de prestations occasionnelles.

ATTENTION : Si, du fait de la rémunération prévue pour la mission qui vous a été confiée par l'Université de la Vallée d'Aoste, vous dépassez 5 000 euros, indiquez le montant total que vous avez perçu pour les autres prestations : \_\_\_\_\_ euros.

*NOTA BENE : les revenus découlant de contrats de collaboration coordonnée et continue (collaborazione coordinata e continuativa), de contrats de projet et d'emplois de salarié ne sont pas pris en compte dans le calcul du montant de 5 000 euros.*

**MODE DE PAIEMENT**

Code IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code BIC/SWIFT (obligatoire si le compte courant est étranger)

--

Titulaire du compte \_\_\_\_\_

Nom de la banque ou de la filiale \_\_\_\_\_

Adresse de la banque \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_