

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____
nato/a a _____ il ___/___/_____
esercente l'attività di medico/professionista di _____
con incarico a tempo determinato/indeterminato, avente domicilio fiscale in _____
_____, con partita iva n. _____
e codice fiscale _____

in virtù dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

- di svolgere la propria attività nell'ambito del regime fiscale forfettario, ai sensi dell'art. 1, commi da 54 a 89 della Legge 190 del 23.12.2014 e s.m.i., essendo in possesso dei necessari requisiti;
- di assoggettare i compensi realizzati nell'ambito della propria attività all'imposta sostitutiva prevista dalla norma precedentemente indicata;
- di essere consapevole che ai sensi dell'art.1 della L. 190/2014, come modificato dalla Legge 197 del 29/12/2022 (Finanziaria 2023), il regime forfettario, usufruibile in caso d'imponibile fiscale nell'anno precedente non superiore a 85.000 euro (comma 54, lettera a), cessa di avere applicazione nell'anno in cui i ricavi o i compensi percepiti risultino superiori a 100.000 euro (comma 71, lettera b)
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque variazione attinente al presente regime fiscale;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del R.D.P.D. (Regolamento Protezione Dati Personali) UE n. 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

A tal fine,

CHIEDE

a codesto Spettabile Sostituto d'Imposta di non essere assoggettato a ritenuta d'acconto per i compensi che gli verranno erogati in ragione dell'incarico di cui sopra.

(Luogo, data)

Il dichiarante

(Firma per esteso)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione viene:

- sottoscritta dall'interessato in modalità analogica/digitale e inoltrata a mezzo posta elettronica/PEC/posta ordinaria/posta raccomandata a.r./_____ allegando/non allegando (solo in caso di firma digitale) la fotocopia non autenticata di un valido documento d'identità del dichiarante.
- sottoscritta dall'interessato alla presenza del funzionario pubblico addetto.

Ai sensi dell'art. 21, comma 2, del D.P.R. n. 445/2000, io sottoscritto dipendente dell'AUSL Toscana centro, ATTESTO che la sottoscrizione della dichiarazione di cui sopra è stata apposta in mia presenza dal dichiarante _____
previo accertamento della sua identità a mezzo di _____

(Luogo, data)

Il Dipendente incaricato
