



PROCURA DELLA REPUBBLICA
presso il Tribunale di Salerno

Richiesta di liquidazione compensi

da presentare, a pena di decadenza, entro 100 giorni dalla data del compimento delle operazioni per l'espletamento dell'incarico art.71 DPR 115/02 T.U. sulle spese di giustizia

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME E NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA (Via/Piazza, n°civico, Città, CAP)

DOMICILIO
(Solo se diverso dalla residenza)

CODICE FISCALE

PARTITA IVA (Eventuale)

NUMERO TELEFONICO/FAX

EMAIL (Eventuale)

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA
(Eventuale)

DATI DEL DATORE DI LAVORO/ENTE EROGATORE DELLO STIPENDIO

DENOMINAZIONE ENTE

EMAIL

nominato ausiliario del Pubblico Ministero in qualità di:

- CONSULENTE TECNICO**
 INTERPRETE

nel procedimento N. _____ RGNR con incarico conferito in data _____ dal dott.

CHIEDE

che per la consulenza eseguita nel periodo dal _____ al _____ oppure il giorno _____
dalle ore _____ alle ore _____

gli venga corrisposto (indicare la voce che interessa):

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> per onorario | € _____ |
| <input type="checkbox"/> per n° _____ vacanze raddoppiate | € _____ |
| <input type="checkbox"/> per spese di viaggio: Km _____ X € _____ al Km | € _____ |
| <input type="checkbox"/> per spese documentate (come da fatture o ricevute allegate) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> con aumento dell'onorario per _____ | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Cassa Previd. ed Assistenza categoria _____ nella misura _____ % | € _____ |
| TOT. | € _____ |

CHIEDE

di essere pagato scegliendo una delle seguenti modalità:

- Pagamento contanti presso la Banca d'Italia, Sportello di _____
- Pagamento a mezzo vaglia cambiario/postale, ordinario o telegrafico, con spese a mio carico presso il seguente indirizzo _____
- Pagamento a mezzo accredito su C/C bancario o postale indicando:

BANCA/POSTA	_____
NUMERO CONTO CORRENTE (12 CIFRE)	_____
IBAN (27 CIFRE)	_____
CODICE BIC	_____

DICHIARA DI AVER PRESTATO LA PROPRIA OPERA IN QUALITÀ DI:

- libero professionista titolare di partita IVA n. _____
e chiede che gli venga applicata la ritenuta d'acconto IRPEF _____%
- prestatore occasionale/assimilato a pubblico dipendente (anche medico dipendente in regime di tempo pieno e quindi prestatore di attività occasionale)
e chiede pertanto che gli vengano applicate le aliquote d'imposta nella seguente misura:
- aliquota IRPEF per scaglione di reddito _____%
 - addizionale regionale IRPEF _____% Regione _____
 - addizionale comunale IRPEF _____% Comune di _____
 - pubblico dipendente indirizzo ente: _____

In caso di consulenze medico legali svolte da personale medico dipendente di ASL, Università, ecc. dichiara di svolgere l'attività in qualità di:

- medico dipendente autorizzato a svolgere la libera professione in regime di prestazioni intra-moenia (pertanto il reddito prodotto è soggetto ad I.V.A. e la fattura dovrà essere emessa dall'ente, datore di lavoro, con applicazioni dell'IVA al 20% senza imposta di bollo e ritenuta IRPEF)

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- 1) Originali delle fatture e ricevute delle spese sostenute e preventivamente autorizzate;
- 2) Altro.

N.B. Ai fini della liquidazione gli scontrini fiscali non sono considerati documentazione sufficiente

Salerno, _____

FIRMA, _____

N.B.:

- **Per i soggetti che esercitano un'attività di lavoro autonomo.**
I rimborsi spese oltre che a concorrere a formare la base imponibile ai fini IVA e ai fini dei contributi previdenziali propri della categoria professionale di appartenenza, devono ritenersi soggetti a ritenuta d'acconto IRPEF, ad eccezione delle fatture intestate all'autorità giudiziaria committente con annotazione che la spesa è stata anticipata dal libero professionista nel procedimento penale n. _____
- **Per i soggetti la cui prestazione rientri nell'ambito dei redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente.**
I rimborsi spese concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente pertanto sono soggetti ad imposizione.

Il sottoscritto presta il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 per gli adempimenti connessi alla procedura di liquidazione delle spese

Salerno, _____

FIRMA _____