

**S3**

TRIBUNALE ORDINARIO DI TRANI

Liquidazione medici

Io sottoscritto _____ nato il _____
a _____ Cod .Fisc. N. _____,
(Recapito telefonico _____ cellulare _____
indirizzo di posta elettronica _____),

sotto la mia personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 26 legge n. 15 del 4.1.1968 e art. 76 DPR 445/200);

Dichiaro

- a) di avere domicilio fiscale in _____ alla via _____;
- b) di essere/non essere titolare di partita I.V.A. N. _____;
- b) di avvalermi/non avvalermi del regime forfettario;
- c) di essere/non essere dipendente pubblico c/o _____
indirizzo _____ C.F. _____;
- d) di svolgere/non svolgere l'attività libero professionale INTRAMURARIA presso
l'Azienda _____ con sede in _____
partita IVA n° _____ recapito telefonico _____;

Chiedo

- che sugli emolumenti da liquidarsi mi venga applicata aliquota per ritenuta IRPEF del _____ %;
- che le somme da liquidarsi per le prestazioni rese in favore di codesto Tribunale siano:
 - a) **accreditate** sul conto corrente **all'azienda ospedaliera suddetta / a me intestato** presso **la banca / l'agenzia postale** di _____
Codice IBAN N. _____,
Codice BIC N. _____ **(N.B. INDICARE SIA IL CODICE IBAN CHE QUELLO BIC)** ;
 - b) pagate a mezzo **vaglia cambiario della banca d'Italia.**

Mi impegno a comunicare, tempestivamente, le eventuali variazioni alla situazione sopra indicata. In assenza, questa dichiarazione avrà effetto anche per le eventuali successive liquidazioni.

Autorizzo

Codesto Ufficio Giudiziario, ai sensi del Dlgs 196 del 30/6/03 dell'art. 13, al trattamento dei su riportati dati personali per fini interni dell'Amministrazione Giudiziaria nonché ai fini delle prescritte comunicazioni ai competenti Uffici Finanziari.

_____, lì _____

In fede