

471

26 APR. 2016

Spett. ASL Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
Cagliari

NOTA SPESE COMPENSI INTERPRETE LIS

Cognome / Nome **LEDDA LUCIANA**
Nata a / il **Cagliari - 10/12/1072**
Residente in **Via Ospedale, 44**
CAP / Città **09124 - Cagliari**
Codice Fiscale **LDDL CN72TS08354A**
Cellulare **3473718767**

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO
DI N° uno FOGLIO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE
(Dott. Angela Cingiori)

Vostro dare quale compenso per attività di INTERPRETE di Lingua dei Segni Italiana (LIS), in occasione dell'espletamento delle prove di idoneità per il reclutamento di n. 8 coadiutori amministrativi appartenenti alle liste ex L. 68/99, in data 25/11/2014.

Tariffa oraria € 45,00 N. ore 2 = € 90,00

Compenso lordo	€ 90,00
Rit. D'Acconto 20%	€ 18,00
Netto a pagare	€ 72,00

La sottoscritta dichiara, sotto la propria responsabilità:

- Che la prestazione resa alla ASL ha carattere del tutto occasionale non svolgendo il sottoscritto, per la stessa, prestazioni di lavoro autonomo con carattere di abitualità
- Di aver percepito a tutt'oggi, quale reddito di lavoro occasionale, un compenso lordo annuo non superiore a € 5000,00 .
- Di essere iscritta alla gestione separata INPS.
- Di non essere soggetto al regime IVA ai sensi dell'art. 5, comma 2, DPR 633/72.

Luogo e data

Cagliari, 01/02/2016

In fede

Si richiede che le competenze spettanti siano pagate mediante accreditamento sul c/c bancario alla stessa intestato, presso Ing-direct,
Codice IBAN: IT65M0316901600CC0010718795

