

MARCA  
DA  
BOLLO  
€ 2,00



Direzione I  
Divisione II  
Ripartizione III – Esami di Stato per l'abilitazione alle professioni

Al Magnifico Rettore dell'Università  
degli Studi di Roma "Tor Vergata"  
Via Orazio Raimondo, 18  
00173 Roma

**Oggetto:** Richiesta di pagamento

Cognome e Nome. Volpini Alice  
Luogo e data di nascita: Frascati 11/01/1992  
Indirizzo: via 2 settembre, 15  
Cap e Città: Monte Porzio Catone 00078  
Codice Fiscale: VLPLCA92A51D773Z  
Telefono: 3290147971 email: volpinialice@gmail.com

**Modalità di pagamento:**

- Riscossione diretta presso qualsiasi sportello Unicredit Banca di Roma
- ✓ Accredito su c/c bancario o postale sul seguente codice IBAN: (obbligatorio per importi superiori a € 999,00)

Codice Internazionale				CIN	ABI				CAB				N° CONTO CORRENTE														
I	T	4	2	T	0	8	7	7	7	3	9	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	8	5	8

Richiesta di pagamento prevista per la partecipazione in qualità di membro della commissione esaminatrice degli esami di Stato per l'abilitazione alla professione di **PODOLOGO** per la sessione **PRIMAVERILE** dell'anno 2018/2019

Il sottoscritto dichiara:

- **di non essere dipendente dello Stato o di altri Enti Pubblici;**
- di esercitare attività Libero Professionale Si No ☒
- di NON essere titolare di Partita IVA
- NON essere obbligato al rilascio di fattura/parcella sul compenso in quanto l'attività rientra nell'alveo della professione per cui ho aperto la partita IVA.

° Non obbligato al rilascio di fattura/parcella sul compenso in quanto l'attività non rientra nell'alveo della professione per cui ha aperto partita IVA.

☒ ° di non aver superato, nell'anno in corso, compensi per prestazione occasionale per euro 5.000,00, nel caso si sia superato tale limite l'imponibile previdenziale della prestazione alla data odierna, ammonta ad euro \_\_\_\_\_;

° di essere/ non essere iscritto ad una Cassa di Previdenza, in caso di iscrizione indicare la cassa di Previdenza: \_\_\_\_\_

Roma, 29 /04/2020

Firma