

Spett.le  
**FONDAZIONE PTV Policlinico Tor Vergata**  
 Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Rel. Sind.  
 viale Oxford, 81 - 00133 Roma  
 fax. **0620904807**

Dichiarazioni Fiscali liquidazione compensi componenti commissioni <sup>(1)</sup>

**CONCORSO/AVVISO/SELEZIONE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ - telefono \_\_\_\_\_ - cell. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE** il pagamento mediante bonifico bancario dei compensi spettanti per i lavori svolti nella commissione in qualità di \_\_\_\_\_

**DICHIARA ALTRESÌ**

che l'aliquota massima cui è assoggettato/a è, per l'anno corrente, quella del \_\_\_\_\_ %<sup>2</sup>

**indicare dati bancari**

BANCA \_\_\_\_\_

AGENZIA \_\_\_\_\_

C/C N. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Intestato a \_\_\_\_\_

Cod. IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Luogo e data** \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

**In fede** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> in assenza di dichiarazione sarà applicata l'aliquota massima di assoggettamento  
 Policlinico Tor Vergata – Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali – Settore Gestione Dotazione  
 Organica, Acquisizione Personale e Programmazione del fabbisogno