



Al Dipartimento di  
Scienze Medico-Chirurgiche e di  
Medicina Traslazionale  
Facoltà di Medicina e Psicologia  
Sapienza Università di Roma  
Viale del Policlinico n.155  
00161 Roma

**OGGETTO: accettazione di incarico professionale**

Il/la sottoscritto/a ..... nato a .....

Il ..... Residente in ..... Via.....

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

che non esistono albi professionali relativi all'attività oggetto dell'incarico;

di avere sede autonoma, propria organizzazione e proprie attrezzature;

di accettare l'incarico e il compenso di € ..... lordi determinato in modo forfettario, nonché le modalità di pagamento previste nella lettera di incarico;

di esercitare attività professionale in assenza di vincolo orario, di obbligo di lavoro nei locali del committente, in mancanza di ogni elemento di subordinazione e in maniera occasionale;

di essere nelle condizioni per cui, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1 e 5 del D.P.R. 633 e successive modifiche, la prestazione resa non rientra nel campo di applicazione dell'IVA in quanto la stessa non è effettuata nell'ambito di alcuna attività di lavoro autonomo svolto in modo abituale dallo scrivente;

di non essere dipendente dell'Università di Roma "Sapienza" e di altra amministrazione pubblica e statale;

di essere titolare di codice fiscale .....

Per accettazione il titolare della prestazione

Roma .....