



DATI ANAGRAFICI / PERSONAL INFORMATION

Nome/*First Name* Cognome/*Family Name*.....

Luogo di Nascita/*Place of Birth*..... Data/*Date*.....

Cell. e-mail

Codice Fiscale/*Passport number*

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

Domicilio Fiscale/*Fiscal Address*

Città/*City* Provincia

Cap/*Zip Code*..... Stato/*State*

Dipendente/*Affiliation*.....

Qualifica/*Role*.....

PROFESSIONISTA

Titolare di partita IVA: NO SI N. Partita IVA

Regime Fiscale Agevolato: NO SI Normativa

Iscritto all'Ordine Professionale:

NO in quanto non esistono Albi professionali relativi all'attività oggetto dell'incarico

SI Ordine Professionale numero.....

MODALITA' DI PAGAMENTO /PAYMENT INFORMATION

Banca/*Bank name*

IBAN

SWIFT/BIC

Il Sottoscritto autorizza il Dipartimento di Management alla conservazione e al trattamento dei dati sopra indicati per l'adempimento di obblighi contabili, retributivi, previdenziali, assistenziali, fiscali e assicurativi ai sensi della L. 675/1996.

Roma

Firma