MODULO ISTANZA DI LIQUIDAZIONE – AUSILIARI DEL PM

Procura della Repubblica

presso il Tribunale di Vercelli

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME_____ COGNOME_____

DATA DI NASCITA ____/____/_____ LUOGO DI NASCITA_____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | |

RESIDENTE IN VIA_____N°_____CAP_____

COMUNE_____PROVINCIA _____TELEFONO_____

E-MAIL_____

PEC (Eventuale)_____

IBAN ☐ C/C postale ☐ C/C Istituto bancario: _____

I	T																							

AVENDO SVOLTO L'ATTIVITÀ DI

☐ CTU ☐ TRADUTTORE ☐ INTERPRETE ☐ INTERPRETE PER INTERCETTAZIONI ☐ INTERPRETE PER VITTIME DI REATO

dal_____/_____/_____ al_____/_____/_____ nell'ambito del procedimento penale R.G.N.R._____/_____M._____

CHIEDE CHE VENGA CORRISPOSTO

☐ **ONORARIO** di €_____ai sensi dell'art. _____D.M. 30/5/2002.

- Per l'onorario misto, a percentuale calcolato per scaglioni, integrare l'istanza con la tabella di calcolo
- Per l'onorario calcolato sulla base del numero di campioni/ reperti oggetto di indagine, indicare la tipologia e la quantità _____

  _____

  _____

☐ **VACAZIONI** n. _____ (criterio di calcolo disciplinato dall'art. 4, L. 319/80 commisurato al tempo impiegato per lo svolgimento delle operazioni peritali, da utilizzare esclusivamente per prestazioni non previste dalle tabelle ministeriali allegate al D.M. 30/05/2002).

- Per la consulenza avente ad oggetto la **traduzione di atti scritti** in o dalla lingua straniera, indicare il **numero di pagine** di cui si compone l'atto: _____

- Per la **consulenza tecnica informatica** integrare l'istanza con l'elenco dei dispositivi oggetto della perizia e la tipologia di attività svolta relativamente a ciascuno di essi (copia forense e/o analisi dei contenuti estratti)

CHIEDE CHE VENGA, ALTRESI', RICONOSCIUTO

☐ aumento del _____ % per **incarico conferito a titolo di urgenza** (art. 4, co. 3, L. 319/80 per compensi a vacazioni; art. 51, d.p.r. 115/2002 per gli onorari tabellari)

☐ aumento del_____ % ai sensi dell'art. 52 co. 1, d.p.r. 115/2002) per **prestazione avente le seguenti caratteristiche di eccezionale complessità e difficoltà**:_____

_____

_____

_____

☐ **rimborso delle spese anticipate**, come da **allegata nota spese** e relativa **documentazione giustificativa** (ex artt. 55 e 56, d.p.r. 115/2002)

DICHIARA CHE TRATTASI DI PRESTAZIONE SOGGETTA AL SEGUENTE REGIME FISCALE (*) (**)

☐ REDDITO D'IMPRESA INDIVIDUALE ☐ LAVORO AUTONOMO ☐ STUDIO ASSOCIATO

PARTITA IVA | | | | | | | | | | | |

☐ IVA 22% ☐ RITENUTA D'ACCONTO 20% ☐ REGIME FORFETTARIO (esente da IVA e R.A.)

☐ CONTRIBUTO CASSA PREVIDENZIALE DEL _____% ☐ CONTRIBUTO INPS DEL_____%

☐ LAVORO ASSIMILATO AL LAVORO DIPENDENTE soggetto alle ritenute di seguito indicate:

RIT. IRPEF _____% RIT. ADDIZIONALE REGIONALE_____% RIT. ADDIZIONALE COMUNALE _____%

☐ ATTIVITA' INTRAMOENIA esercitata da medico dipendente di struttura ospedaliera pubblica:

DENOMINAZIONE _____SEDE LEGALE_____

C.F. _____E-MAIL/PEC_____

IBAN | I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

***** Il sottoscritto presta il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 per gli adempimenti connessi alla procedura di liquidazione delle spese e si impegna a comunicare eventuali variazioni dei dati comunicati.

****** Il sottoscritto avrà cura di prendere visione della propria Certificazione Unica (funzionalità "Redditi corrisposti" dell'applicativo https://lsg.giustizia.it) ai fini degli adempimenti fiscali obbligatori di propria competenza.

DATA_____/_____/_____ FIRMA