ALLEGATO F1

INTESA CONSENSUALE RELATIVA ALL'INCARICO DI SOSTITUZIONE DEL PROFESSIONISTA OVVERO DI COLLABORAZIONE CON IL PROFESSIONISTA

art. 4, comma 2 del D.P.Reg. n. 33/2020

Tra:

1	COGNOME E NOME	

DATA DI NASCITA				LUOGO DI NASCITA	

CODICE FISCALE																

esercente l'attività professionale di _____

con sede legale a:

COMUNE		PROVINCIA	

VIA		NUMERO	

di seguito denominato "soggetto proponente";

e

2	COGNOME E NOME	

DATA DI NASCITA				LUOGO DI NASCITA	

CODICE FISCALE																

esercente l'attività professionale di _____

con sede legale (*ove presente*) sito a:

COMUNE		PROVINCIA	

VIA		NUMERO	

di seguito denominato "professionista sostituto o collaboratore";

PREMESSO CHE

- l'articolo 10, comma 1, della legge regionale n. 13 del 22 aprile 2004 ed il relativo Regolamento di esecuzione approvato con DPReg n. 33/Pres. del 28 febbraio 2020 disciplinano l'accesso all'intervento contributivo per attivare rapporti di collaborazione o sostituzione di natura autonoma con un altro soggetto in possesso dei necessari requisiti professionali per svolgere l'attività lavorativa affidata dal richiedente al fine di consentire la conciliazione delle esigenze della professione con quelle della maternità e paternità;

- ai sensi dell'art. 4, comma 2 del Regolamento sopra menzionato la richiesta di contributo deve essere supportata da un atto sottoscritto dal soggetto proponente e dal professionista sostituto o collaboratore;

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

1. di individuare quale sostituto/collaboratore del soggetto proponente:

COGNOME E NOME	

DATA DI NASCITA				LUOGO DI NASCITA	

CODICE FISCALE																	

in possesso delle competenze lavorative di seguito indicate:

_____

_____

_____

2. di stabilire che:

(scegliere la soluzione richiesta)

☐	l'incarico sostitutorio riguarderà la totalità delle attività lavorative del soggetto proponente	
☐	la collaborazione riguarderà una parte delle attività lavorative del soggetto proponente	Numero ore richieste al giorno _____
		Numero giorni richiesti alla settimana _____
		Totale ore richieste al mese _____
		FUNZIONI DA ASSEGNARE AL COLLABORATORE: *(Indicare quali funzioni del proponente saranno svolte dal collaboratore)* _____ _____ _____ _____

3. di individuare la durata dell'incarico per il/i seguente/i periodo/i

dal		al	
dal		al	
dal		al	
dal		al	

4. che l'incarico si svolge secondo le modalità e nel luogo di seguito indicati:

MODALITÁ	_____ _____ _____ _____
LUOGO/SEDE	

5. di individuare in relazione alla durata dell'incarico di sostituzione/collaborazione il costo complessivo del compenso del professionista nell'importo di euro _____0,00 derivante dal seguente calcolo:

TIPOLOGIA SPESE	IMPORTO
COMPENSO DEL PROFESSIONISTA	
EVENTUALI IMPOSTE E ONERI PREVIDENZIALI E ASSISTENZIALI	
I.V.A.	
TOTALE	€ 0,00

I sottoscritti

in conformità agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. stesso, ai sensi del quale "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

DICHIARANO

che il rapporto di collaborazione/sostituzione

- non coinvolge soggetti legati né con il proponente né con gli eventuali componenti dello studio associato o della società da rapporti di lavoro subordinato, societari, di coniugio, di parentela o affinità fino al terzo grado;
- non dà luogo in alcun modo ad un rapporto di lavoro subordinato;
- che l'attività svolta dal professionista sostituto/collaboratore non è affidata da committenti legati con il professionista proponente da rapporti societari, di coniugio, di parentela o affinità fino al terzo grado.

_____ _____

Luogo e data *firma del professionista proponente*

_____ _____

Luogo e data *firma del professionista sostituto o collaboratore*

VISTO DI CONGRUITÀ

Si attesta che la quantificazione del compenso individuato al punto 5 dell'intesa è congruo in relazione alla durata dell'incarico e all'attività indicata.

_____

Luogo e data

_____

Timbro e firma del Consiglio dell'Ordine o del Collegio di pertinenza ovvero dell'organismo competente dell'Associazione inserita nel Registro regionale delle associazioni dei prestatori di attività professionali non ordinistiche o dall'organismo competente dell'Associazione inserita ai sensi della legge 4/2013 nell'elenco delle associazioni professionali che rilasciano l'attestato di qualità dei servizi