



TRIBUNALE PER I MINORENNI  
di ANCONA

UFFICIO SPESE DI GIUSTIZIA

Via Cavourchie, 1  
60121 ANCONA  
Cancelleria Penale Tel. 071/20898609  
fax n. 071/20898278  
Cancelleria Civile Tel. 071/20898605  
Fax n. 071/20898274-3

COGNOME / RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_  
NOME/NOME DEL LEGALE RAPP. \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
RESIDENZA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ INDIRIZZO CASA \_\_\_\_\_  
DOMICILIO FISCALE \_\_\_\_\_  
RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_  
COD. FISC. \_\_\_\_\_ PART. IVA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE:			
<input type="checkbox"/> AVVOCATO	<input type="checkbox"/> STUDIO ASSOCIATO (in questo caso inserire i dati dello studio)	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> PUBBLICO
			<input type="checkbox"/> PRIVATO
<input type="checkbox"/> CTU		<input type="checkbox"/> AUTONOMO	
<input type="checkbox"/> GIUDICE ONORARIO		<input type="checkbox"/> CASALINGA	
<input type="checkbox"/> CUSTODE		<input type="checkbox"/> DISOCCUPATO	
<input type="checkbox"/> INTERPRETE			
<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> ALTRO	

LIBERO PROFESSIONISTA – AUTONOMO	DIPENDENTE DI: UFFICIO PAGATORE: UFFICIO AMM.NE APPARTENENZA:
<input type="checkbox"/> IVA 20 %	
<input type="checkbox"/> ESENTE IVA ART. _____	
<input type="checkbox"/> SOGGETTO A 4% RIVALSA INPS	
<input type="checkbox"/> SOGGETTO A 2% CASSA PREVIDENZA	
<input type="checkbox"/> SOGGETTO A RITENUTA IRPEF _____ %	SOGGETTO A RITENUTA IRPEF _____ %
	ADD. REG. _____ %
	ADD. COM. _____ %

TIPO DI PAGAMENTO DESIDERATO (barrare e completare la scelta):

3. C/C BANCARIO N° \_\_\_\_\_ INTESTATO A \_\_\_\_\_

IN ESSERE PRESSO \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

CODICE IBAN: \_\_\_\_\_

4. C/C POSTALE N° \_\_\_\_\_ INTESTATO A \_\_\_\_\_

CIN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

CODICE IBAN: \_\_\_\_\_

AUTORIZZATO AD ESERCITARE ATTIVITA' "EXTRA-MAENIA" C/O ASUR \_\_\_\_\_

autorizzato  non autorizzato

firma \_\_\_\_\_

Ancona, li \_\_\_\_\_

(1) Se medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale specificare la presenza di autorizzazione della Asl ad esercitare la consulenza al di fuori dell'attività intramuraria.

*N.B. I dati contenuti in questo prospetto sono indispensabili per l'emissione del modello di pagamento e per gli adempimenti fiscali.*

*Si assicura, ai sensi della L. 675/96 relativa alla "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", la riservatezza e la sicurezza dei dati trasmessi a questo ufficio.*