



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Prot.
Tit. VII, Cl. 16

Ferrara, 12/02/2019
Al Dott. Alberto Costanzelli

Oggetto: Affidamento e accettazione incarico in qualità di relatore per un seminario

Su proposta della Prof. ssa Emidia Vagnoni, il Consiglio del Dipartimento di Economia e Management nella seduta del 05/02/2019, ha approvato l'attribuzione alla SV di un incarico per lo svolgimento del seguente seminario nell'ambito del Corso di Perfezionamento in Management della Farmacia.: "La filiera distributiva del farmaco" della durata di 4 ore il giorno Venerdì 22 Marzo 2019 (orario 14.00-18.00).

Per tale prestazione Le verrà riconosciuto un compenso di 400 euro.

Si chiede di voler attestare l'accettazione dell'incarico in oggetto mediante la **restituzione in data antecedente** allo stesso **della presente lettera controfirmata**. In caso di ritardi, l'incarico non potrà essere affidato.

Il modulo amministrativo allegato (Comunicazioni dati anagrafe per inquadramento fiscale, previdenziale ed assicurativo) potrà essere restituito contestualmente all'invio della lettera di affidamento o al più in occasione dell'intervento.

Le copie cartacee dovranno essere consegnate in occasione del seminario e la liquidazione del compenso avverrà previa consegna alla Segreteria del Dipartimento di una nota scritta sull'effettivo svolgimento del seminario da parte della Prof. ssa Emidia Vagnoni.

Con la firma della presente il sottoscritto dichiara di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi nei confronti dell'Università degli Studi di Ferrara (comma 14, art. 53 D.lgs. 165/2001)^[1].

Distinti saluti

IL DIRETTORE DEL CORSO
(Prof. ssa Emidia Vagnoni)

Firma per accettazione

^[1] Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali. Il conflitto, anche potenziale, può riguardare sia interessi personali, sia interessi del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA
STRUTTURA: DIPARTIMENTO DI ECONOMIA E MANAGEMENT

Oggetto: Comunicazioni dati anagrafe per inquadramento fiscale, previdenziale ed assicurativo

Il/la sottoscritt/o

COGNOME: COSTANZELLI	NOME ALBERTO		
NAT _o A BONDENO (FE)	NAT _o IL 07/08/1957		
CODICE FISCALE CSTLRT57M07A9650	PARTITA IVA -		
RESIDENZA IN BONDENO (FE)	VIA I° MAGGIO 10		
DOMICILIO FISCALE IN BONDENO (FE)	VIA I° MAGGIO	N. 10	CAP 44012
TELEFONO 0532 886088	FAX -		
CELL. 3473619709	E-MAIL (campo obbligatorio) alcosta@alice.it		

in relazione all'incarico in corso di perfezionamento con l'Ateneo in indirizzo e relativo al seminario affidato:

DICHIARA

di essere Professionista (ex art. 53, I comma, DPR 917/86), in quanto l'attività richiesta rientra nell'oggetto tipico della propria professione abituale di _____, iscritto nell'Albo/Ordine _____ e pertanto di essere/non essere (barrare ipotesi che non interessa) iscritto ai fini previdenziali nella Cassa di Previdenza _____, con l'obbligo di rilascio di fattura sul compenso (ex art. 5, I comma, DPR 633/72) per cui l'IRAP è dovuta dal sottoscritto ed in tal senso esonera l'Ente committente da obblighi al proposito.

di essere Professionista (ex art. 53, I comma, DPR 917/86), in quanto l'attività richiesta rientra fra le normali prestazioni oggetto della propria attività professione abituale, non iscritto in alcun Albo professionale e senza Cassa di Previdenza, ma con attività professionale svolta in forma abituale anche se non esclusiva, con l'obbligo di rilascio di fattura sul compenso (ex art. 5, I comma, DPR 633/72) per cui l'IRAP è dovuta dal sottoscritto ed in tal senso esonera l'Ente committente da obblighi al proposito.

Agli effetti dell'applicazione del contributo previdenziale INPS Legge 335/95, art. 2, commi da 25 a 32, il sottoscritto conferma quanto sopra esposto e dichiara:

- che le prestazioni di cui all'incarico in premessa danno origine a redditi professionali non assoggettati a contribuzione obbligatoria previdenziale presso la Cassa di previdenza di categoria e/o i versamenti alla cassa di previdenza di categoria vengono effettuati a titolo di solidarietà e non danno diritto gli stessi a trattamento pensionistico a carico della Cassa; pertanto soggetto al pagamento del contributo alla gestione separata INPS. *(Cancellare il punto se non interessa)*

di essere soggetto non esercente attività professionale in particolare e/o di lavoro autonomo (ex art. 53 (art. 49) TUIR) in generale e pertanto di effettuare la prestazione senza requisito di abitudine, continuità e professionalità in forma del tutto occasionale (ex art. 67 (art. 81), 1° comma, lett. l) DPR 917/86) e di non essere tenuto all'emissione di fattura sul compenso (ex art. 5, 2° comma, DPR 633/72).

Agli effetti dell'applicazione del contributo previdenziale INPS Legge 335/95, art. 2, commi da 25 a 32, così come previsto dall'art. 44 della Legge 326/2003, il sottoscritto conferma quanto sopra esposto e dichiara:

che ha provveduto/provederà all'iscrizione presso la sede competente INPS ex art. 4., DL 166/96;

che ha superato/non ha superato il limite contributivo massimo di € 101.427,00 (valevole per l'anno 2018) nello specifico pari ad €. _____, _____ = e pertanto autorizza/non autorizza l'amministrazione in indirizzo ad operare la trattenuta contributiva. Si impegna pertanto a comunicare l'eventuale superamento del limite al fine di permettere l'interruzione della ritenuta ed evitare all'Ente il versamento di importi non dovuti. In difetto si dichiara disponibile alla restituzione all'Ente medesimo delle somme indebitamente accreditate nella sua gestione separata INPS per effetto della sua stessa omissione in attesa del rimborso da parte del medesimo INPS.

di essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria c/o l'Ente ENPAF e/o titolare di pensione (diretta o indiretta) quindi soggetto all'applicazione della relativa aliquota ridotta.

- di non essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria e/o titolare di pensione (diretta o indiretta), quindi soggetto alla relativa aliquota.

Al fine dell'eventuale applicazione della trattenuta contributiva della gestione separata INPS, dichiara:

- dichiara che ha fino ad ora percepito, nel corso del periodo d'imposta 2018 redditi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art.67 - precedente art.81 - comma 1, lettera l), DPR. 917/1986 d'importo **non superiore ad €. 5.000,00=**, nello specifico pari ad €. 707,84 = (indicare anche se pari a 0,00=) e pertanto invita codesta amministrazione a tenere conto di tale informazione agli effetti della trattenuta contributiva INPS (art.44 Legge 326/2003 - Circolare INPS n.103/2004).

Si impegna a comunicare l'eventuale superamento del limite di €. 5.000,00= al fine di permettere l'applicazione della ritenuta e di consentire all'Ente il versamento di importi dovuti. In difetto si dichiara disponibile a sostenere integralmente i relativi costi in misura intera sollevando codesto Ente da oneri e responsabilità per l'omesso involontario versamento alla gestione separata INPS.

- dichiara che ha fino ad ora percepito, nel corso del periodo d'imposta 2018, redditi per attività di lavoro autonomo non esercitato abitualmente di cui all'art.67 - precedente art.81 - primo comma, lettera l), DPR. 917/1986 d'importo **superiore ad €. 5.000,00=**, ma non superiore al limite contributivo annuo pari ad € 101.427,00 (valevole per l'anno 2018) nello specifico pari ad €. _____ = e pertanto invita codesta amministrazione a tenere conto di tale informazione agli effetti della trattenuta contributiva INPS (art.44 Legge 326/2003 - Circolare INPS n.103/2004). Si impegna a comunicare l'eventuale superamento del limite di € 101.427,00 (valevole per l'anno 2018) al fine di permettere l'interruzione della ritenuta. In difetto s'impegna alla restituzione delle somme versate in esubero dall'Ente.

- la modalità di pagamento scelta è la seguente: (INDICARE SEMPRE IBAN COMPLETO)

Tramite accredito sul conto corrente presso B P E R
Denominazione Istituto

1	T	9	8	R	0	5	3	8	7	6	7	1	9	6	0	0	0	0	0	0	0	6	6	3	0
PAESE	CIN EUR	CIN	BANCA (ABI)				AGENZIA (CAB)				CONTO CORRENTE														

IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali (TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)

 COSTANZELLI ALBERTO
CODICE Bic o SWIFT (obbligatorio per bonifici esteri) INTESAZIONE CONTO

Il/la sottoscritt_ dichiara inoltre:

- Di non aver ricevuto da parte dell'Università degli Studi di Ferrara l'incarico di tenere seminari/conferenze di durata complessiva superiore a 25 ore nell'anno solare in corso (in caso contrario, l'incarico non potrà essere conferito).

- Di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi nei confronti dell'Università degli Studi di Ferrara (comma 14, art. 53 D.lgs. 165/2001)¹

- Di non svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
- Di svolgere il seguente incarico in un ente di diritto privato regolato o finanziato dalla pubblica amministrazione:
Ente _____, Natura dell'incarico _____, data di conferimento _____,
periodo di svolgimento dell'incarico: dal _____ al _____, compenso previsto € _____

- Di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione.
- Di essere titolare della seguente carica in un ente di diritto privato regolato o finanziato dalla pubblica amministrazione:
Ente _____, Natura dell'incarico _____, data di conferimento _____,
periodo di svolgimento della carica: dal _____ al _____, compenso previsto € _____

- Di svolgere la seguente attività professionale: COLLABORATORE FAMILIARE DI FARMACIA

¹ Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali. Il conflitto, anche potenziale, può riguardare sia interessi personali, sia interessi del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

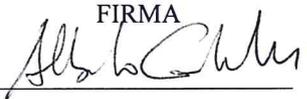
2
9
 Di non svolgere attività professionale

La/Il sottoscritt^o si impegna a fornire all' Università degli Studi di Ferrara tutti i dati e documenti necessari per consentire il rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013 e s.m.i., secondo le previsioni regolamentari e le direttive ANAC e acconsente inoltre alla pubblicazione del proprio curriculum vitae sul sito dell'Università di Ferrara.

Il/la sottoscritt^o conferma che, ai fini fiscali e previdenziali, la propria posizione si identifica nella fattispecie sopra indicata e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Università degli Studi di Ferrara da qualsiasi responsabilità in merito.

Ai sensi della D.lgs 196 del 30/6/03, il/la sottoscritt^o dà il consenso al trattamento dei propri dati per l'esecuzione delle operazioni connesse con l'espletamento della pratica contrattuale in premessa.

Data 12/02/2018

FIRMA




INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **COSTANZELLI ALBERTO**
Indirizzo **VIA 1° MAGGIO, 10 44012 BONDENO (FE)**
Telefono **3473619709**
E-mail **alcosta@alice.it**

Nazionalità italiana
Data di nascita 07/08/1957

ESPERIENZA LAVORATIVA

dal 1980 – al 1998
dal 1998 - al 2016
• Nome e indirizzo del datore di lavoro
• Tipo di azienda o settore
• Tipo di impiego
• Principali mansioni e responsabilità

dal 1995
Farmacista collaboratore presso la Farmacia B.V. Addolorata di Bondeno (Fe)
Titolare della suddetta Farmacia
Farmacia B.V. Addolorata via De Amicis,22 Bondeno (Fe)
Farmacia
Titolare
Dirigente

dal 2002
Consigliere di amministrazione di CODIFARMA (Cooperativa Distribuzione Farmaci) con sede in Bologna. Dal 2008 al 2014 vicepresidente

dal 1995 al 2011
Consigliere di amministrazione di UNICO s.p.a. (Unione cooperative distribuzione farmaci) con sede in Milano

dall'anno accademico 2010-2011
In successione consigliere, segretario e vicepresidente di Federfarma Ferrara (Sindacato dei titolati di farmacia)

dal 2017
Docente a contratto presso l'Università di Ferrara
Quattro volte componente della commissione per gli esami di stato per l'abilitazione professionale presso la Facoltà di Farmacia dell'Università di Ferrara
Entra a far parte dell'impresa familiare presso la Farmacia Fajoni di Sermide (Mn)

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

1980
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
• Qualifica conseguita

Laurea in FARMACIA (110 e lode)
Università di Ferrara
Materie Farmaceutiche
farmacista

**CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI**

MADRELINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUA

INGLESE - FIRST CERTIFICATE IN ENGLISH – CAMBRIDGE UNIVERSITY U.K.

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

BUONO

BUONO

BUONO

**CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI**

Capacità relazionali maturate in anni di contatto con il pubblico e i colleghi nel lavoro in farmacia

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE**

Gestione della farmacia nei suoi molteplici aspetti

**CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE**

Utilizzo programmi gestionali inerenti la professione

PATENTE O PATENTI

B

INTERESSI PERSONALI

Sport e economia

"Il sottoscritto acconsente, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n.196, al trattamento dei propri dati personali."

"Il sottoscritto acconsente alla pubblicazione del presente curriculum vitae sul sito dell'Università di Ferrara."