

AL TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA DI SALERNO

PROC. SIUS _____/_____/_____ DATA UDIENZA: ____/____/_____ ASSISTITO: _____

OGGETTO: istanza per la liquidazione dell'onorario al difensore di persona ammessa al patrocinio a spese dello Stato.

Il sottoscritto Avvocato _____ del Foro di _____ con studio in _____, via _____, n° _____, CAP _____ tel. _____, PEC: _____ difensore di fiducia del sig. _____, domiciliato ai fini della presente procedura di liquidazione presso _____, via _____, n. _____, CAP _____ Città _____

premessi che:

- il proprio assistito, interessato al procedimento penale di cui in epigrafe, è stato ammesso, a seguito di istanza, al patrocinio a spese dello Stato con decreto ____/____/_____ del ____/____/_____ mai revocato e che si allega in copia;
- il procedimento penale sopra indicato viene definito all'udienza del ____/____/_____ come da verbale allegato in copia;

CHIEDE

la liquidazione del compenso per l'opera prestata, come da tabella che segue, relativamente alle fasi di cui alla tabella di seguito compilate:

Studio della controversia	
Fase introduttiva del giudizio	
Fase istruttoria	
Fase decisionale	
Totale	

da ridursi di 1/3 ex art. 106 bis D.P.R. 115/2002 e successivamente da integrarsi con rimborso forfettario al 15%

CODICE FISCALE _____	
P. I.V.A. _____	
IVA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CASSA PREV.LE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
REGIME FISCALE: _____	
Mediante accredito sul conto corrente intestato a me medesimo IBAN: _____	

Sotto la propria responsabilità, il sottoscritto difensore dichiara di essere iscritto nell'elenco speciale previsto dall'art. 81 del d.P.R. 30.5.2002 n. 115 – L. 25/2005 e di non aver percepito alcun compenso relativamente alla fase di cui alla presente richiesta. Si allega, altresì:

copia del verbale della/delle udienze di cui si chiede la liquidazione ed eventuale nota spese

copia del decreto di ammissione al patrocinio a spese dello Stato.

Salerno, il _____

Depositato in data _____ da _____

TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA SALERNO

COD. UFF. IPA: NLLFBE C.F. 80028570655

ANAGRAFICA BENEFICIARIO

Il/La sottoscritto/a

PERSONA FISICA

PERSONA GIURIDICA

STUDIO ASSOCIATO

COGNOME E NOME/RAGIONE SOCIALE/DENOMINAZIONE
DELLO STUDIO

DATA E LUOGO DI NASCITA (SE PERSONA FISICA)

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

RESIDENZA

(Città Via/Dirizzo e Spazio CAP)

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA PERSONA GIURIDICA:
COGNOME E NOME/ LUOGO E DATA DI NASCITA

DOMICILIO FISCALE (indirizzo, città, provincia)

TELEFONO/FAX

EMAIL

DICHIARA DI ESSERE ASSOGGETTATO AL SEGUENTE

REGIME FISCALE

Lavoratore autonomo

I.V.A.

Esente I.V.A. art.

Esente I.V.A. art. 1 co. 100 L. 244/2007

Soggetto a rivalsa INPS 4%

Soggetto a cassa previdenziale 4%

Esente ritenuta I.R.P.E.F. art. 13 L. 388/2000

Esente ritenuta I.R.P.E.F. (provvedimento Dir. Entrate n°185820)

Soggetto a cassa previdenziale di categoria _____ %

E CHIEDE DI ESSERE LIQUIDATO CON ACCREDITAMENTO SU

Conto corrente bancario

Conto corrente postale

INTESTATO A

*(l'intestatario o il cointestatario del conto corrente deve essere il
beneficiario del mandato)*

IBAN (27 CIFRE)

DATA

FIRMA

DA PRESENTARE ANNUALMENTE OVVERO A SEGUITO DI ESECUTIVITA' DELLA LIQUIDAZIONE.

AVVERTENZE

- > *I dati contenuti in questo allegato sono indispensabili per l'emissione del mandato di pagamento e per i relativi adempimenti fiscali;*
- > *I dati conferiti con il presente allegato verranno trattati ed utilizzati esclusivamente per l'emissione del mandato di pagamento e per i relativi adempimenti fiscali.*