**Allegato 2**

**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. Filottrano**

**SCHEDA ESPERTO ESTERNO - Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà**

(Art. 47 DPR 28/12/2000, n° 445)

***Dati anagrafici:***

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Il/La sottoscritto/a**, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, **DICHIARA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE** Specificare quale. In ottemperanza al D. Leg.vo 165/01 è necessaria l’autorizzazione preventiva dell’Ente di appartenenza per il conferimento dell’incarico. |
| Denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA** | | | | | | | | | | |
| N° Partita IVA | | | | | | | | | | | | Iscritto all’albo professionale |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Di essere iscritto alla **gestione separata dell’INPS** (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con **addebito a titolo di rivalsa del** **4%**. | SI | NO |
| Di essere iscritto alla **cassa di previdenza del competente ordine professionale** e di emettere fattura con addebito del **2% a titolo di contributo integrativo**. | SI | NO |
| Di avvalersi del regime forfetario (art. 1 c. 54-89 Legge 190/2014 – RF 19) | SI | NO |
| DI avvalersi del regime dei contribuenti minimi (Legge 244/07) – RF 02) | SI | NO |
| Esente IVA ai sensi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI | NO |
| Soggetto a Ritenuta d’acconto del 20% | SI | NO |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE** - soggetta a ritenuta d’acconto (20%) |
| Dichiara, inoltre, che, alla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sommando i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da tutti i committenti nell’anno corrente, al netto di eventuali costi:  **ha superato** il limite annuo lordo di **€ 5.000,00**  **non ha superato** il limite annuo di **€ 5.000,00** ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di €  Il sottoscritto si obbliga altresì a comunicare a questo istituto scolastico, anche successivamente alla data odierna, l’eventuale superamento del limite annuo lordo di € 5.000,00. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Di essere** iscritto/a in via esclusiva alla gestione separata INPS di cui all’art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi di essere assoggettato/a alle seguenti aliquote per l’anno **2018**  **COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI**: | |
| **Collaboratori e figure assimilate** | | **Aliquote** |
|  | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | **34,23%**  (33,00 + 0,72 + 0,51 aliquote aggiuntive) |
|  | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | **33,72%**  (33,00 + 0,72 aliquote aggiuntive) |
|  | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | **24%** |
| **Liberi professionisti** | | **Aliquote** |
|  | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie | **25,72%**  (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva) |
|  | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | **24%** |

di avere svolto la prestazione in nome e conto della Ditta sotto indicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso. Ragione Sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./P.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Di essere \*RESIDENTE ALL’ESTERO** | |
| Identificativo estero (obbligatorio) | |  |
| * **di avvalersi** della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale tra Italia e stato estero di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allega la certificazione rilasciata dall’Autorità finanziaria estera in merito alla propria domiciliazione fiscale).; | | |
| * **di NON avvalersi** della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pagamento tramite** Bonifico Bancario: Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sigla paese | | Numeri di controllo | | CIN | ABI | | | | | CAB | | | | | C/C | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Il sottoscritto si impegna a:

* dare immediata comunicazione nel caso si verifichino variazioni rispetto a quanto dichiarato;
* non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_