Allegato A - AUTOCERTIFICAZIONE

# Alla c.a. del Dirigente Scolastico della Direzione Didattica 1 Circolo di Formigine

## Scheda esperto Esterno

### Dati anagrafici:

Cognome: Nome Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a ( ) Residente a ( ) In Via Cap. Tel. Fisso Cell.

C.F. E-Mail ***Titolo progetto / incarico*:** data di inizio data fine N. ORE

# CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione per l’individuazione di personale esperto per il progetto

 alle condizioni e nei termini previsti dallo stesso. Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto con attenzione tutti i punti del bando e di accettarne interamente il contenuto senza riserva alcuna.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

## dichiara sotto la propria responsabilità

* di *essere dipendente da altra Amministrazione Statale*:1 in qualità di con aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio)
* di NON essere dipendente da altra Amministrazione Statale;
* richiamando la legge 335/95 art.2 comma 26 di essere lavoratore autonomo/libero professionista in possesso di partita IVA n° e di rilasciare regolare fattura elettronica;
	+ di essere iscritto alla Cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del % a titolo di contributo integrativo.
	+ di essere iscritto alla gestione separata dell’INPS (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4%
	+ di essere un professionista senza iscrizione ad Albo professionale e senza Cassa previdenziale di categoria
	+ di essere un professionista senza iscrizione ad Albo professionale e senza Cassa previdenziale di categoria e non soggetta a ritenuta
	+ altro

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

1 Specificare quale. In ottemperanza al D. Leg.vo 165/01 è necessaria l’autorizzazione preventiva dell’Ente di appartenenza per il conferimento dell’incarico.

* di svolgere una ***prestazione occasionale*** soggetta a ritenuta d’acconto (20%). Dichiara inoltre, ai sensi dell’art. 44 del D.L. 30/9/2003 N. 269, convertito con modificazioni nella L. 24/11/2003 n. 326 e della circolare Inps n 103 dei 6/07/04, 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 €

Dichiara inoltre che per l’attività svolta rilascerà regolare ricevuta per prestazione occasionale.

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.

Il sottoscritto dichiara infine di essere:

* Pensionato
* Lavoratore subordinato
* escluso da obbligo del contributo di cui trattasi in quanto alla data del 1/04/96 già pensionato con 65 anni di età e collaboratore autonomo
* iscritto alla seguente forma previdenziale obbligatoria, quale:
* NON iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

* che l’attività svolta è una **collaborazione coordinata e continuativa** con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all’art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi:
* soggetto al contributo previdenziale del %, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria o titolare di pensione diretta;
* soggetto al contributo previdenziale del %, in quanto non pensionato e non iscritto ad altra forma pensionistica obbligatoria;

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

* di avere svolto la prestazione in nome e per conto della Ditta sotto indicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso. Ragione Sociale: C.F./P.I. Sede legale Tel. E-mail

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

***Notizie Professionali*:** si allega curriculum vitae in formato europass

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

### Modalità di pagamento:

□ Bonifico Bancario presso: Banca

Sigla paese Numeri di cont CIN

ABI (5 caratteri) CAB (5 caratteri) C/C (12 caratteri)

(2 caratteri (2 caratteri) (1 caratter

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Il sottoscritto si impegna a non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario.

Data,

(firma)