***Allegato 1***

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PER IL REPERIMENTO DEL RSPP D’ISTITUTO**

Al Dirigente Scolastico I.C di Spresiano

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso l’Istituto Comprensivo “E. Mattei” in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(docente/ATA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(materia)

Titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter svolgere l’incarico di RSPP presso l’Istituto Comprensivo di Spresiano

a tal fine allega:

* Curriculum Vitae in formato europeo dal quale risulti il possesso dei requisiti culturali e professionali necessari e aggiuntivi
* Tabella di valutazione titoli culturali e professionali debitamente compilata e sottoscritta
* Dichiarazione di insussistenza

**DICHIARA**

*(ai sensi del D.P.R. 445/2000)*

* di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell’Unione Europea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di godere dei diritti civili e politici;
* di non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione di decisione di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
* che l’aliquota massima IRPEF che grava sulla propria retribuzione nell’anno corrente è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* che il mio rapporto è occasionale e per brevi periodi e non sussiste nessuna subordinazione di lavoro con l’istituzione scolastica. Dichiaro inoltre che **non sono titolare** di n. di iscrizione alla gestione separata INPS e che **non sono titolare** di Partita IVA e iscritto ad Albo Professionale
* di essere un professionista iscritto ad albo professionale, di essere in possesso di Partita IVA e di emettere regolare fattura elettronica per il corrispettivo dovutomi

Codice Univoco I.C. Spresiano UFSJCM

\_l\_ sottoscritt\_ si impegna a svolgere l’incarico senza riserve e secondo il calendario predisposto dall’Istituto;

\_l\_ sottoscritto dichiara di essere a conoscenza di tutti i termini della procedura che accetta senza riserve

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.C. DI SPRESIANO**

**Scheda notizie esperto per l’incarico nell’ambito del progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dati anagrafici:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto | |  | | | | | |
| Nato a |  | | | | | il |  |
| Residente in | | |  | | | | |
| Indirizzo/n./cap. | | |  | | | | |
| telefono |  | | | Cell |  | | |
| PEC | | @ | | | | | |
| E-MAIL | |  | | | | | |
| Codice fiscale | |  | | | | | | |

**Titolo progetto/incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data di inizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

**DICHIARA**

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | **Di essere DIPENDENTE DI QUESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA**  Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | **Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE** Specificare quale. In ottemperanza al D. Lgs 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 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 lordo 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 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 alle seguenti aliquote per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **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%** |

□ di aver svolto la prestazione in nome e per 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 fra 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 | | |

|  |
| --- |
| **Notizie Professionali:** Allegare Curriculum Vitae |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_