

DICHIARAZIONE DEL PERSONALE ESTERNO PRESTATORE D'OPERA

Il sottoscritto LUCY HELENA SANDERS nato a DERRY, REGNO UNITO il 17/07/84
residenza VIA GHERARDI 35 SENIGALLIA, 60019
Codice fiscale SNDLYH84L57Z114C
Telefono Cellulare 3276292275
Email l.sanders@outlook.it

D I C H I A R A

Sotto la propria personale responsabilità

1) LAVORATORE AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA IN POSSESSO DI PARTITA IVA

- Di essere Lavoratore Autonomo
 Di essere Libero Professionista, iscritto alla Cassa
 Di essere in possesso di partita IVA n. 02764380420, e di poter rilasciare regolare fattura
 Di essere in regime fiscale ordinario oppure in forfettario

2) LAVORATORE AUTONOMO SENZA PARTITA IVA

- di NON essere in possesso di partita IVA e che l'attività svolta è una **PRESTAZIONE OCCASIONALE**, soggetta a ritenuta d'acconto 20,00%
 che l'attività svolta è una **collaborazione occasionale**, con iscrizione alla **GESTIONE SEPARATA INPS** di cui all'art. 2, c.26, L. 08/08/95 n. 335

e pertanto fa presente di:

- A) di prevedere di **NON percepire** compensi nel corso dell'anno solare superiori a € 5.000,00 (anche con più committenti);
 A1) di non prestare attività per un periodo superiore a 30 giorni con lo stesso committente;
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 affinché l'Ente possa effettuare i versamenti dovuti sulla parte eccedente.
 B) di prevedere di **percepire compensi nel corso dell'anno solare superiori a € 5.000,00** (con più committenti), con necessità quindi di iscrizione alla **GESTIONE SEPARATA INPS** e quindi di essere:
 soggetto al contributo previdenziale del 33,23% (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);
 soggetto al contributo previdenziale del 24% in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria;
 di svolgere la prestazione in nome e per conto della Ditta/Ente sottoindicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso:
Ragione Sociale
Sede Legale
C.F.
Partita IVA

3) LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO

- Di essere **Dipendente di altra Amministrazione Statale**:
(allegare alla presente l'autorizzazione dell'Ente a svolgere la prestazione d'opera).

- di non trovarsi nella situazione di incompatibilità di cui all'art. 58 del D.L.vo 03.02.1993, n. 29 e successive modificazioni
 qualifica
 sede di servizio
 ufficio liquidatore dello stipendio
 aliquota IRPEF

4) MODALITA' DI PAGAMENTO

- Bonifico Bancario presso: Banca BCC Filiale SENIGALLIA
IBAN IT4708519213000000070769
 Bonifico postale presso: Ufficio Postale di Filiale
IBAN

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione di quanto dichiarato.

Lì,

f. Sanders -