

DICHIARAZIONE DEL PERSONALE ESTERNO PRESTATORE D'OPERA

Il sottoscritto LUCY HELENA SANDERS
nato a DERBY - REGNO UNITO Il 17/07/84
residenza VIA GHERARDI 35, SENIGALLIA, 60019
Codice fiscale SNLYH84L57Z14C
Telefono Cellulare 3276292275
Email l.sanders@outlook.it

DICHIARA

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 IT4720851921300000000710769
☐ Bonifico postale presso: Ufficio Postale di Filiale
IBAN

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

Li,

f. Sanders