

DICHIARAZIONE DEL PERSONALE ESTERNO PRESTATORE D'OPERA

Il sottoscritto CHELLI NADIA
nato a TURIN Il 22/11/1972
residenza Via Del Genio n. 3 SENIGALLIA
Codice fiscale CHELLI NADIA 728602352P
Telefono Cellulare 3397393930
Email manahome2live.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., 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 Filiale
IBAN
☐ **Bonifico postale** presso: Ufficio Postale di SENIGALLIA Filiale Via Della Vite
IBAN IT082 3608 10503 82766 2737 6628

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

Li, 18/03/2025

