

Allegato n. 2

SPETT. LE

.....

Via.....

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____

il _____ residente in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

CAP _____, e mail _____ C.F. _____

Titolo di Studio: _____

Professione: _____

Cittadinanza _____, con domicilio fiscale in _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____,

in relazione all'avviso pubblico di selezione prot. n. per la stipula di un contratto con codesto

.....per prestazione professionale d'opera la quale rientra nell'attività professionale abituale

DICHIARA - sotto la propria personale responsabilità, consapevole che le dichiarazioni false e mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, di essere:

A	<u>LIBERO PROFESSIONISTA CON ALBO E CASSA DI PREVIDENZA</u>
	Professionista (<i>ex art.53, co.1, D.P.R. 917/86</i>), in quanto la prestazione d'opera richiesta, rientra nell'oggetto tipico della propria professione abituale di _____, iscritto nell'Albo dell'Ordine dei _____, e pertanto di essere iscritto ai fini previdenziali nella Cassa di Previdenza (sigla) _____ con l'obbligo di emissione di fattura sul compenso (<i>ex art.5, comma1 DPR 633/72</i>), con rivalsa del 2% e/o 4% (<i>ovvero del 4% e del 2% nel caso di soggetto iscritto alla cassa di previdenza di categoria solo per fini solidaristici</i>) - l'I.R.A.P. è a totale carico del sottoscritto ed in tal senso libera l'Ente committente da obbligo al proposito. La rivalsa del 2% non viene riconosciuta ai professionisti che svolgono l'attività di medico e/o notaio. FIRMA _____

AGLI EFFETTI DELL'APPLICAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVIDENZIALE L.N.P.S. LEGGE 335/95, ART. 2, COMMI DA 25 A 32, IL SOTTOSCRITTO CONFERMA QUANTO SOPRAESPOSTO E DICHIARA:

che le prestazioni di cui all'incarico ricevuto danno origine a redditi professionali non assoggettati a contribuzione obbligatoria previdenziale presso la cassa di previdenza di categoria e/o i versamenti alla cassa di previdenza di categoria vengono effettuati a titolo di solidarietà non dando diritto gli stessi a trattamento pensionistico a carico della cassa; pertanto è soggetto a propria cura ed onere, al pagamento del contributo alla gestione separata, i contributi previdenziali ed assicurativi sono a totale carico del sottoscritto ed in tal senso libera l'Omnicomprensivo Rotella-Montalto da obbligo al proposito. (**precedente ipotesi "B"**).

FIRMA _____

Il/la sottoscritto/a conferma che, ai fini fiscali previdenziali ed assicurativi, la propria posizione si identifica nella fattispecie di cui alla precedente lettera _____ e si impegna ad attenersi a quanto per essa disposto, nonché a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione, esonerando l'Omnicomprensivo Rotella-Montalto da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

Data _____

FIRMA _____

Dichiara che la propria Partita IVA è _____

Data _____

FIRMA _____

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dovesse intercorrere in riferimento a quanto sopra dichiarato esonerando l'Omnicomprensivo Rotella-Montalto da qualsiasi ed ogni responsabilità in merito.

Data _____

FIRMA _____

Chiede inoltre che il compenso venga liquidato a mezzo

1	Accredito delle proprie competenze sul Conto Corrente Bancario/Postale (IBAN)																																																								
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																								
Intestato/cointestato a _____																																																									

Il sottoscritto dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge n.136/2010, che il descritto c/c è quello dedicato di cui al comma 1, art. 3, legge n.136/2010 e che le persone delegate ad operare su di esso sono:

Cognome e Nome _____ nato il _____

a _____ (____) residente a _____ (____)

Via/Piazza _____ n. _____ Codice Fiscale _____

Cognome e Nome _____ nato il _____

a _____ (____) residente a _____ (____)

Via/Piazza _____ n. _____ Codice Fiscale _____

(Ripetere generalità e codice per ogni persona delegata ad operare sul c/c o dichiarare quanto segue)

€ NON CI SONO ALTRI SOGGETTI AUTORIZZATI AD OPERARE SUL C/C BANCARIO O POSTALE SOPRA DESCRITTO.

Data _____

FIRMA _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo n. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 in quanto compatibile con la citata norma europea, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizza l'amministrazione scolastica ad utilizzarli solo per fini istituzionali.

Data _____

FIRMA _____

Le presenti dichiarazioni non necessitano dell'autenticazione della firma e sostituiscono a tutti gli effetti le normali certificazioni e/o dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà richiesti o destinati ad una pubblica Amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono. Le presenti dichiarazioni, qualora non presentate personalmente e sottoscritte davanti all'impiegato ricevente, vengono spedite unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del dichiarante (art.38, 3° comma del D.P.R. 445/2000).