ALLEGATO 2



Domanda di partecipazione

"Avviso pubblico per la realizzazione di reti locali, cablate e wireless, nelle scuole"

BANDO PER CONFERIMENTO INCARICO PROFESSIONALE DI ESPERTO ESTERNO PROGETTISTA

RIVOLTO AL PERSONALE DI ALTRE AMMINISTRAZIONI OPPURE ESTERNO ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

IDENTIFICATIVO PROGETTO: ***13.1.1A- FESRPON-MA-2021-138***

CUP: G99J21007480006

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO
COMPRENSIVO
MONTEGRANARO

Dati anagrafici:

Cognome:_____Nome_____

nato/a il_____a_____(_____)

residente a_____(_____) in via

_____Cap._____Cell. _____

C.F._____- e-mail_____.

***Titolo progetto / incarico*:** _____

data di inizio_____data fine _____

****

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, **DICHIARA**

•	**<u>Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE</u>** 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 dell'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 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/a 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/a alle seguenti aliquote per l'anno **2020 COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI**:

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%**

Liberi professionisti		**Aliquote**
•	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	**25,72%** (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva)
•	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	**24%**

• di avere svolto la prestazione in nome e 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 tra 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

_____