

Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto dal titolo "HIP HOP SCHOOL FESTIVAL"

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**

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE 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) _____ | |

| | | | |
|--|--|---------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 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 |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 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: | |
| <input type="checkbox"/> ha superato il limite annuo lordo di € 5.000,00 | |
| <input type="checkbox"/> 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. | |

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 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 | |
| Collaboratori e figure assimilate | | Aliquote |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | 35,03% (33,00 + 0,72 + 1,31 aliquote aggiuntive) |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali NON è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | 33,72% (33,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntive) |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | 24% (IVS) |
| Professionisti | | Aliquote |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie | 26,23% (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva + 0,51 ISCRO) |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | 24% (IVS) |

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. _____

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO |
| Identificativo estero (obbligatorio) _____ | |
| <input type="checkbox"/> | 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).; |
| <input type="checkbox"/> | 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 _____