

**Domanda di partecipazione  
Per la selezione di n. 1 esperto progetto "Psicologia Scolastica" a.s.  
2024/25**

**BANDO PER CONFERIMENTO INCARICO**

**PROFESSIONALE DI ESPERTO RIVOLTO AL PERSONALE INTERNO, AL  
PERSONALE IN SERVIZIO PRESSO ALTRE ISTITUZIONI SCOLASTICHE ED AL  
PERSONALE ESTERNO ALL'AMMINISTRAZIONE.**

**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 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

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

<input type="checkbox"/>	<b><u>Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE</u></b> 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"/>	<b><u>Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA</u></b>		
N° Partita IVA		Iscritto all'albo professionale	
Di essere iscritto alla <b>gestione separata dell'INPS</b> (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con <b>addebito a titolo di rivalsa del 4%</b> .		SI	NO
Di essere iscritto alla <b>cassa di previdenza del competente ordine professionale</b> e di emettere fattura con addebito del <b>2% a titolo di contributo integrativo</b> .		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"/>	<b><u>Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE</u></b> - 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 **2024**

Collaboratori e figure assimilate		Aliquote
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è <b>prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>	<b>35,03%</b> (33,00 + 0,72 + 1,31 aliquote aggiuntive)
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali <b>NON è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>	<b>33,72%</b> (33,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntive)
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24%</b> (IVS)
Professionisti		Aliquote
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	<b>26,07%</b> (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva + 0,35 ISCRO)
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24%</b> (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. \_\_\_\_\_

☐ **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

\_\_\_\_\_