

ALLEGATO 3



Progetto PON Nuovi percorsi educativi e potenziamento delle competenze di base” - PON 10.2.2A-FDRPOC-MA-2021-58

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO
COMPENSIVO
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**

•	Di essere <u>LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA</u>										
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 <u>PRESTAZIONE OCCASIONALE</u> - soggetta a ritenuta d'acconto (20%)
<p>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</p> <p>• non ha superato il limite annuo di € 5.000,00 ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € _____.</p> <p>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.</p>	

•	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. _____

•	<u>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</u>	
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 verificano 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 _____
