



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo Statale di Brembate di Sopra

Via Locatelli,10 – 24030 **Brembate di Sopra** (BG)

Tel: 035/623400 - C.F. 91031680167

<http://www.icbrembatesopra.edu.it> - e-mail: bgic89500b@istruzione.it

PEC: bgic89500b@pec.istruzione.it

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' (ANNO 2018)

(rese ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000)

Al Dirigente Scolastico

Cognome..... Nome.....

data di nascitaComune (o stato estero) di nascita..... Provincia (.....)

Residenza (.....) CAP Via.....n.....

Codice fiscale:..... Nazionalità..... Tel.....

Cell. e-mail Fax

E-mail Posta Certificata (pec).....

Codice identificativo estero

Firma Digitale ... SI NO

Domicilio fiscale: Comune (.....)

Via.....n.....

Rappresentante Legale:.....

Codice del Comune:

Dichiara quanto segue:

Certificazione Unica di cui all' Art.4 commi 6- ter e 6 quater:

SI NO

Causale A: SI prestazioni di lavoro autonomo rientranti nell'esercizio di arte o professione abituale

Causale M SI prestazioni di lavoro autonomo non esercitate abitualmente.....

Causale O SI prestazioni di lavoro autonomo non esercitate abitualmente, per le quali non sussiste l'obbligo di iscrizione alle gestione separata (Circ. Inps n. 104/2001)..... ;

Altri casi

di essere iscritto all'albo professionale.....

di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale.....

di svolgere la seguente professione.....

Regime Fiscale :.....

.....

Fattura split payment : SI

NO Riferimento normativo :

.....

.....

Durc: SI

NO Riferimento normativo :.....

.....

.....

di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione di quanto dichiarato

Dichiarazione resa in relazione all'incarico consistente nella seguente prestazione.....

con decorrenza dal e termine il

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

LAVORATORE DIPENDENTE DA AMMINISTRAZIONE PUBBLICA

Di essere dipendente da altra Amministrazione Statale e precisamente

.....COD. FISC. AMMINISTRAZIONE

(pertanto allega l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza)

Dati dell'Amministrazione a cui inviare la comunicazione dei compensi percepiti:

Amministrazione di servizio

Indirizzo.....

Retribuito da.....

Qualifica/posizione rivestita nell'Amministrazione di appartenenza

..... (tipo di lavoro svolto)

(Se dipendente DPT)

Numero partita spesa fissa CK Aliquota Massima Irpef

da applicare %

➤ di non trovarsi nella situazione di incompatibilità di cui all'art. 20 del D.Lgs 39/2013;

di essere a conoscenza del contenuto dell'art.53 del D.L.vo 165/2001 e successive modifiche, delle norme contrattuali di riferimento (incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi);

LAVORATORE AUTONOMO

Di essere in possesso di partita IVA n., in qualità di lavoratore autonomo / libero professionista e di rilasciare regolare fattura e pertanto:

- Di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo
- Di essere iscritto alla gestione separata dell'INPS (ex legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4%
- Il sottoscritto chiede che sia applicata al corrispettivo l'aliquota ordinaria IVA del 22%
- Il sottoscritto chiede che venga applicata al corrispettivo l'aliquota ridotta IVA del % ai sensi dell'articolo del DPR 633/72

Chiede che si applichi la ritenuta d'acconto IRE (ex Irpef) prevista dalla norma (20%) SI NO

Se "NO" il sottoscritto chiede l'applicazione dell'aliquota massima IRE del%

Di **NON** essere in possesso di partita IVA e che l'attività svolta è una prestazione occasionale, soggetta a ritenuta d'acconto del 20%

senza ulteriori contributi a carico del dichiarante (personale soggetto solo a Irap)

- Dichiaro che nel corso del periodo d'imposta anno **non percepirà compensi superiori ad € 5.000,00** per attività di lavoro autonomo occasionale e pertanto non deve essere operato alcun versamento contributivo previdenziale per la gestione separata INPS prevista dall'art. 2, comma 26, della legge 335/95.

Si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale superamento dell'importo di 5.000 euro affinché l'Ente possa effettuare, come indicato al capoverso successivo, i versamenti dovuti sulla parte eccedente tale limite.

- Dichiaro che nel corso del periodo di imposta 2018 **percepirà compensi superiori ad € 5.000,00** per attività di lavoro autonomo occasionale e pertanto autorizza codesta Amministrazione ad operare la trattenuta contributiva (art.44, comma 2, legge 326/2003) sulla parte eccedente tale limite di 5.000 euro e nella seguente misura:

liberi professionisti -

- Del **24,00 %** (i cui 2/3 sono a carico dell'istituto) in quanto **pensionato o iscritto ad altra forma pensionistica obbligatoria** (aliquota riferita all'anno **2018**);

oppure:

- Del **25,72 %** (i cui 2/3 sono a carico dell'Istituto) in quanto **non risulta assicurato presso altre forme pensionistiche obbligatorie** (aliquota riferita all'anno **2018**) e **non titolare di partita iva**;

Chiede che si applichi la **ritenuta d'acconto IRE** (ex Irpef) prevista dalla norma (**20%**) **SI** **NO**

Se "NO" il sottoscritto chiede l'applicazione dell'aliquota massima IRE del%

Collaboratori e figure assimilate (soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie) per i quali non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL

- del **33,72 %** (aliquota riferita all'anno **2018**);

Collaboratori e figure assimilate (soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie) per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL

- del **34,23%** (aliquota riferita all'anno **2018**);

N.B.: si rammenta che la documentazione di pagamento per importi lordi superiori ad € 77,47 è gravata da marca da bollo del valore di € 2,00.

MODALITA' DI PAGAMENTO:

Banca..... Filiale CIN

Indirizzo.....

Coordinate bancarie IBAN:

(Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

PAESE	CINEUR	CIN	ABI	CAB	C/C
<input type="text"/>					

NOTIZIE PROFESSIONALI:

si allega curriculum vitae e curriculum vitae privo di dati sensibili da pubblicare sul Sito dell'Istituto

ASSENZA DI CONDANNE PENALI:

In riferimento all'entrata in vigore del DL 4 marzo 2014, n.39, in attuazione della direttiva 2011/93/UE

Relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile,

DICHIARA

- di non avere condanne per taluno dei reati di cui agli artt. 600bis,600ter,600-quater,600-quinquies e 609-undecies del codice penale;
- che non Gli/LE sono state irrogate sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600ter,600-quater,600-quinquies e 609- undecies del codice penale e/o sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Informativa ai sensi del Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (GDPR)

I dati personali riportati sul presente modulo saranno raccolti e utilizzati da questo Istituto scolastico per il pagamento delle competenze spettanti e per gli adempimenti amministrativi, fiscali e contabili a cui è tenuto ad adempiere l'Istituto stesso, nel pieno rispetto di quanto stabilito dal Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (GDPR).

DATA,

FIRMA

La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato della Pubblica Amministrazione.

Si allega:

- fotocopia codice fiscale
 - fotocopia carta d'identità
-

Parte riservata all'Istituto

Dopo un'attenta valutazione del curriculum dell'esperto, nulla osta alla stipula del contratto

DATA,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Cristina Locatelli