

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di
Costa Volpino**

Dati anagrafici:

Cognome: CEMMI Nome MARIA
 nato/a il 23-09-86 a ISEO (BS) residente
 a DANFO B.F. (BS) in via ZUCCO PANGADA 10
 Cap. 25047 Tel. Fisso _____ Tel. Cell. 340 3161776
 C.F. C11072A86 P63 E 333 N - e-mail MARICEM86@yahoo.it

Titolo progetto / incarico: LABORATORIO ARTISTICO
 data di inizio OTTOBRE 2021 data fine APRILE 2022

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

dichiara sotto la propria responsabilità

di **essere dipendente da altra Amministrazione Statale:**¹ _____

con aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____

di NON essere dipendente da altra Amministrazione Statale;

richiamando la legge 335/95 art.2 comma 26:

- di essere **lavoratore autonomo/libero professionista** in possesso di partita IVA n° _____ e di rilasciare regolare fattura;
- di aver optato per il regime dei minimi;
- 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%.

di svolgere una **prestazione occasionale** soggetta a ritenuta d'acconto (20%).

Dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 44 del D.L. 30/9/2003 N. 269, convertito con modificazioni nella L. 24/11/2003 n. 326 e della circolare Inps n 103 del 6/07/04, che, alla data del _____, sommando i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da tutti i committenti nell'anno _____, 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.

Il sottoscritto dichiara infine:

- di essere escluso da obbligo del contributo di cui trattasi in quanto alla data del 1/04/96 già pensionato con 65 anni di età e collaboratore autonomo
- di essere iscritto alla seguente forma previdenziale obbligatoria, quale:
- Pensionato

¹ Specificare quale. In ottemperanza al D. Leg.vo 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico.

SCHEDA ESPERTO ESTERNO

Lavoratore subordinato

di NON essere iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria

di essere iscritto alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, comma 26, L. 08/08/1995, n. 335 e quindi di essere assoggettato alle seguenti aliquote dal 1° luglio 2017:

LIBERI PROFESSIONISTI		ALIQUOTE
<input type="checkbox"/>	soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	25,72% (25,00%IVS+ 0,72 aliquota aggiuntiva)
<input type="checkbox"/>	soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24,00%

COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILIATE		ALIQUOTE
<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 aggiuntiva)
<input type="checkbox"/>	soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24,00%
<input type="checkbox"/>	soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	34,23% (33,00%IVS+0,72+ 0,51 prestazione DIS)

di avere svolto la prestazione in nome e conto della Ditta sottoindicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso. Ragione Sociale: _____

_____ Sede legale _____ C.F./P.I.
_____ Tel. _____

Notizie Professionali:

Modalità di pagamento:

Con accredito sul c/c bancario/postale
Codice IBAN obbligatorio

PAESE	CIN EU	CIN IT	ABI	CAB	N. C/C
IT	61	M	03083	01612	000000059877

Il sottoscritto si impegna a non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario,.

Data, 27-09-21

Firma
Cecconi

***** parte riservata all'Istituto *****

ISTITUTO SCOLASTICO "F.LLI D'ITALIA" – COSTA VOLPINO

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

Data, _____

IL Dirigente Scolastico
Prof. Nico Rinaldi

20 ott.
15 pt

25 ottobre

cont 70 3601e - 25 ottobre - gennaio
cont 70 1500

CEMMI
 Cognome.....
MARIA
 Nome.....
23/09/1986
 nato il.....
 (atto n. **254** P. **1** S. **A 1986**)
 a **ISEO** (**BS**)
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **DARFO BOARIO TERME**
 Via **VIA BREDA 5**
 Stato civile **LIBERO**
 Professione **STUDENTE**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

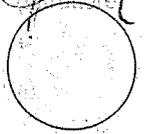
Statura **1,68**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **VERDI**
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare *Maria CEMMI*
Darfo B.T. 03/03/2014

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO




REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **CMMRA86P63E333N** Sesso

Cognome **CEMMI**
 Nome **MARIA**

Data di scadenza **25/10/2022**
 Luogo di nascita **SEO**
 Provincia **BS**

Data di nascita **23/09/1986**

Dati sanitari regionali

 Regione Lombardia

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

1. Cognome **CEMMI**
 2. Nome **MARIA** 3. Data di nascita **23/09/1986**
 4. Numero di servizio sanitario **CMMRA86P63E333N** **SSN-MIN SALUTE - 50000**
 5. Numero di identificazione **50380000305081397129** 6. Data di scadenza **25/10/2022**