

**Scheda notizie esperto**

**Dati anagrafici:**

Cognome e 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 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) \_\_\_\_\_

**Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA**

| 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 |

**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:

- 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.

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/>                 | <b>Di essere</b> 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 <u>sequenti aliquote</u> per l'anno <b>2024</b> |  |
| <b>Collaboratori e figure assimilate</b> |   | <b>Aliquote</b>  |
| <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><br>(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><br>(33,00 IVS + 0,72 aliquote aggiuntive)              |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria  | <b>24%</b><br>(IVS)  |
| <b>Professionisti</b>                    |   | <b>Aliquote</b>  |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie  | <b>26,07%</b><br>(25,00 IVS + 0,72 aliquote aggiuntive + 0,35 ISCRO) |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria  | <b>24%</b><br>(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"/>                   | <b>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</b>  |
| Identificativo estero (obbligatorio) _____ |   |
| <input type="checkbox"/>                   | <b>di avvalersi</b> 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"/>                   | <b>di NON avvalersi</b> della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale   |

**Notizie Professionali:** Allegare Curriculum Vitae

|   |                     |     |     |     |     |
|---|---------------------|-----|-----|-----|-----|
| <b>Pagamento tramite Bonifico Bancario:</b> 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 \_\_\_\_\_