

Dati anagrafici:

Cognome: TREVISAN Nome DAMIANO
 nato/a il 21/05/1971 a CASTEL SAN PIETRO TERME (BO) residente
 a CASTEL GUELFO (BO) in via SANTA CROCE 10
 Cap 40023 Tel. Fisso _____ Tel. Cell. 327 6257580
 C.F. TRVDMN71E21C205A - e-mail DAMIOTREU@GMAIL.COM
Titolo progetto / incarico: LABORATORIO PENSIONI
 data di inizio 1/03/2024 data fine 31/05/2024

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° 04002021204 e di rilasciare regolare fattura;

☐ 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 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.

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

☐ Lavoratore subordinato

☐ di **NON** essere iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria

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.

- ☐ che l'attività svolta è una **collaborazione coordinata e continuativa** con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi:
- ☐ soggetto al contributo previdenziale del **24,00%**, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria o titolare di pensione diretta;
 - ☐ soggetto al contributo previdenziale del **31,72%** (ovvero **31,00% + 0,72%**), in quanto non pensionato e non iscritto ad altra forma pensionistica obbligatoria;

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

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

Notizie Professionali: si allega curriculum vitae.

Modalità di pagamento:

Quietanza diretta; Accredito su c/c postale n° _____

Assegno circolare non trasferibile intestato a: _____

Bonifico Bancario presso: Banca BCC RAVENNA E IMOLESE - FILIALE DI MEDICINA

Sigla paese (2 caratteri)	Numeri di controllo (2 caratteri)	CIN (1 carattere)	ABI (5 caratteri)	CAB (5 caratteri)	C/C (12 caratteri)
IT	83	V	08542	36900	00000261863

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

Data, 07/03/2024 Dominico Buser Firma

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



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

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

Data, _____

Il Dirigente Scolastico