

**Dati anagrafici:**

Cognome: CANFORA Nome FLAVIANO  
 nato/a il 20/05/78 a NAPOLI (NA) residente  
 a BAGNOA (BO) in via VASARI, 11  
 Cap. 40128 Tel. Fisso / Tel. Cell. 3288364389  
 C.F. CNFFUN78E20F8390 - e-mail FLAVIANOCANFORA@INWIND.it  
**Titolo progetto / incarico:** ESPERTO PIUCOLICO PER SERVIZIO ASSISTENZA PLESSICO  
 data di inizio 13/05/2022 data fine

\*\*\*\*\*

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**:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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° 03671260366 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 dei 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

<sup>1</sup> 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: \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_  
C.F./P.I. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_
- \*\*\*\*\*

**Notizie Professionali:** si allega curriculum vitae.

\*\*\*\*\*

**Modalità di pagamento:**

- Quietanza diretta;  Accredito su c/c postale n° 17503015032000
- Assegno circolare non trasferibile intestato a: \_\_\_\_\_
- Bonifico Bancario presso: Banca FINECO BANK

Sigla paese (2 caratteri)	Numeri di controllo (2 caratteri)	CIN (1 carattere)	ABI (5 caratteri)	CAB (5 caratteri)	C/C (12 caratteri)
IT	15	B	03015	032 00	000003601973

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

Data, 17/05/2022

 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**