	<b>I.C. "Rita Levi-Montalcini"</b>	<b>ISEO (BS)</b>
---	------------------------------------	------------------

Il sottoscritto STANGONI ALEX  
 Nata/o a SONDRIO (SO) il 23/03/81  
 residente a BRESCIA Prov. (BS) Cap. 25121  
 via SALITA DELLA MEMORIA n. 12 tel. Cell. 333 7118631  
 e-mail: ALEXSTANGONI@GMAIL.COM C. Fiscale STNLXA81C23I829P

Incarico: Progetto PNRR D.M. 65/2023

Periodo: AA.SS. 2023/2024 - 2024/2025

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

**DICHIARA** sotto la propria personale responsabilità  
*(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445)*

di essere dipendente della **Pubblica Amministrazione**<sup>1</sup> (Miur):

\_\_\_\_\_ (Nome per esteso Istituzione Scolastica)

in qualità di \_\_\_\_\_ che venga applicata aliquota irpef: 25/35%  
 (desumibile dal cedolino dello stipendio)

e di essere retribuito da:  M.E.F.  Altro: \_\_\_\_\_  
 (specificare)

di essere dipendente altra **Pubblica Amministrazione**<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 (specificare)

di essere estraneo alla Pubblica Amministrazione

di essere pensionato (Stato / Altri enti pubblici / Azienda privata)


di essere in possesso di partita IVA n. 00912770146, in qualità di lavoratore autonomo/libero professionista e di rilasciare fattura elettronica con aliquota IVA del 0 %  
 o di essere ESENTE IVA ai sensi \_\_\_\_\_  
 (specificare normativa di riferimento)

di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del \_\_\_ % a titolo di contributo integrativo

di essere/non essere iscritto ad una diversa gestione contributiva obbligatoria

di non essere in possesso di partita IVA e che l'attività svolta è una prestazione di lavoro autonomo occasionale, soggetta a ritenuta d'acconto (20%). In tal caso **si impegna** a comunicare all'inizio della prestazione o tempestivamente durante lo svolgimento della stessa:

<sup>1</sup> nel caso di dipendente della PA occorre acquisire autorizzazione dell'ente di appartenenza nei casi previsti dal art. 53 comma 7 del D. lgs. n. 165 del 30 Marzo 2001

	<b>I.C. "Rita Levi-Montalcini"</b>	<b>ISEO (BS)</b>
---	------------------------------------	------------------

- di non avere, alla data odierna, superato il limite reddito annuo da lavoro autonomo occasionale di € 5.000,00. Pertanto lo stesso sarà assoggettato esclusivamente alla ritenuta d'acconto ed all'IRAP
- di avere, alla data odierna, superato il limite reddito annuo da lavoro autonomo occasionale di € 5.000,00 e quindi assoggettato alle disposizioni vigenti in materia previdenziale: iscrizione alla gestione separata INPS. Pertanto si autorizza codesta Amministrazione ad adoperare la trattenuta contributiva sulla parte eccedente il limite di 5.000,00 euro nella seguente misura:
  - aliquote per lavoratori con rapporto di **lavoro autonomo occasionale**:
    - Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie: 33,72% (33,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva)
  - aliquote per i lavoratori con rapporto di **collaborazione coordinata e continuativa**:
    - Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie: 34,23%
- di assumere l'onere delle eventuali sanzioni applicate dall'INPS all'Istituto scolastico a seguito della mancata o tempestiva comunicazione di superamento del limite di € 5.000,00 per compensi complessivamente percepiti così come previsto dalle vigenti disposizioni in materia

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa a quanto sopra dichiarato

**Dati professionali**

Vedi Curriculum Vitae formato europeo

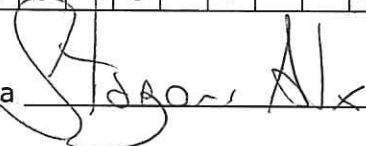
**Modalità di Pagamento:**

Accredito Bancario/Postale:

Codice Iban

COORDINATE DEL CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE – CODICE IBAN														
DATI PAESE		CIN	CODICE BANCA (ABI)			CODICE SPORTELLO (CAB)			NUMERO CONTO CORRENTE					
I	T	20	D	06	23	08	35	60	00	00	01	51	01	55

Luogo e data: ISEO 24/2/24

Firma 

**Allegati:**

- Copia del **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** (in corso di validità) del contraente sottoscrittore della presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 28/12/2000 n°445

<sup>1</sup> nel caso di dipendente della PA occorre acquisire autorizzazione dell'ente di appartenenza nei casi previsti dal art. 53 comma 7 del D. lgs. n. 165 del 30 Marzo 2001








 REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **STNLXA81C231829P** Sesso **M**

Cognome **STANGONI**  
 Nome **ALEX**

Luogo di nascita **SONDRIO**  
 Provincia **SO**

Data di scadenza **20/05/2028**  
 Data di nascita **23/03/1981**

Dati sanitari regionali

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

3 Cognome **STANGONI**  
 4 Nome **ALEX**  
 5 Data di nascita **23/03/1981**  
 6 Numero identificazione personale **STNLXA81C231829P**  
 7 Numero identificazione della struttura **SSN-MIN SALUTE - 500001**  
 8 Numero di identificazione della tessera **80380000300400313923**  
 9 Scadenza **20/05/2028**

