



I.C. "Rita Levi-Montalcini"

ISEO (BS)

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. 3337118631
e-mail: ALEXSTANGONI@GMAIL.COM C. Fiscale STNLXA81C23J829P

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**¹ (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**¹ _____
(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:

¹ 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

	I.C. "Rita Levi-Montalcini"	ISEO (BS)
---	------------------------------------	------------------

- 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

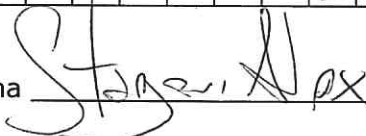
Modalità di Pagamento:

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	0	6	2	3	0	8	3	5	6	0	0	0	0	1	5	1	0	1	5	5	5

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

¹ 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

15
 CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

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

80380000300400313923
 9 Scadenza **20/05/2028**

8 Numero di identificazione della tessera **STNLXA81C231829P**
 7 SSN-MIN SALUTE - 500001

6 Numero identificazione personale **23/03/1981**
 5 Nome **ALEX**

4 Nome **STANGONI**
 3 Cognome

IT

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA