



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO DI PASSIRANO

Via G. Garibaldi 3- 25050 Passirano (Bs) 030 6546075 - C.F. 98093190175

e-mail: bsic81200g@istruzione.it - bsic81200g@pec.istruzione.itwww.icpassirano.edu.it

SCUOLA DISLESSIA AMICA



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"IC PASSIRANO"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

Per incarico di Esperto nel Piano dell'Offerta Formativa

Il/La sottoscritto/a _____
 Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 C.F.: _____ Residente a _____
 CAP _____ Via _____ N° _____
 Tel. _____ e-mail _____
 in qualità di rappresentante legale/titolare dell'associazione/cooperativa _____
 _____ Cod.Fiscale o P. IVA _____
 e con sede legale al seguente indirizzo _____
 Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura per la selezione per il reperimento di esperti esterni per il progetto di seguito specificato:

DENOMINAZIONE

ATTIVITA'/ PROGETTO: _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di:

- ◇ essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- ◇ godere dei diritti civili e politici
- ◇ non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario;
- ◇ essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- ◇ essere in possesso del requisito della particolare e comprovata specializzazione universitaria strettamente correlata al contenuto della prestazione richiesta (si prescinde da tale requisito per i soggetti che risultano iscritti in Ordini o Albi o che operano nel campo dell'arte, dello spettacolo o dei mestieri artigianali);
- ◇ essere dipendente da altra Amministrazione Statale o istituzione scolastica: _____;
- ☐ aliquota fiscale massima _____ (allegare cedolino di stipendio se dipendenti di altra istituzione scolastica)
- ◇ non essere dipendente da altra Amministrazione Statale;
- ◇ essere in possesso di partita IVA n. _____, in qualità di lavoratore autonomo/libero professionista e di rilasciare regolare fattura e pertanto:



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO DI PASSIRANO

Via G. Garibaldi 3- 25050 Passirano (Bs) 030 6546075 - C.F. 98093190175

e-mail: bsic81200g@istruzione.it - bsic81200g@pec.istruzione.itwww.icpassirano.edu.it

SCUOLA DISLESSIA AMICA



- ☐ di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo contributivo 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%;
- ◊ non essere in possesso di partita IVA e che l'attività svolta è una prestazione occasionale, soggetta a ritenuta d'acconto del 20% e pertanto fa presente di:
 - ☐ non percepire compensi nel corso dell'anno solare superiori a 5 mila euro (anche con più committenti)
 - ☐ di non prestare attività per un periodo superiore a 30 giorni con lo stesso committente;
 - ☐ di percepire compensi nel corso dell'anno solare superiori a 5 mila euro (con più committenti) e quindi di essere:
 - soggetto al contributo previdenziale del 31,72% (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);
 - soggetto al contributo previdenziale del 24,00%, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria;
- ◊ che l'attività svolta è una collaborazione coordinata e continuativa (lavoro a progetto) con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all'art.2, comma 26, Legge 8.8.95, n.335 e quindi:
 - ☐ soggetto al contributo previdenziale del 31,72% (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);
 - ☐ soggetto al contributo previdenziale del 24,00%, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria;

COSTO ORARIO LORDO PROPOSTO €. _____

CODICE IBAN: _____

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.) dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali, propri della P.A..

A tal fine dichiara che l'esperto individuato è il Sig./la Sig.ra _____
 nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____
 in via _____

cap. _____ Prov. _____ Status professionale _____

titolo di studio _____ codice fiscale _____

telefono _____ fax _____ e-mail _____

Pertanto allega:

- Curriculum vitae in formato europeo privo di dati sensibili dell'esperto individuato
- Referenze dell'associazione/cooperativa
- Dichiarazione a firma dell'esperto a svolgere l'incarico senza riserve
- Dichiarazione a firma dell'esperto al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)
- Altra documentazione ritenuta utile alla valutazione (specificare)



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO DI PASSIRANO

Via G. Garibaldi 3- 25050 Passirano (Bs) 030 6546075 - C.F. 98093190175

e-mail: bsic81200g@istruzione.it - bsic81200g@pec.istruzione.it

www.icpassirano.edu.it

SCUOLA DISLESSIA AMICA

TRINITY
COLLEGE LONDON
Registered Exam Centre 73866

Data _____ Firma _____