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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"IC PASSIRANO"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
"PRIMARY SCHOOL INGLESE primaria di Camignone".

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_____

C H I E D E

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;

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

◊ essere in possesso di partita IVA n._____, in qualità di lavoratore autonomo/libero professionista e di rilasciare regolare fattura e pertanto:
□ 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

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

- 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)

Data_____ Firma_____