



ISTITUTO COMPRENSIVO PIERO ANGELA

Via Vittorio Emanuele, n. 200 - 12042 BRA (Cuneo) Tel./Fax 0172/412438 C.F. 90054270047

E-mail-PEC: cnic86400t@pec.istruzione.it

Codice Univoco di fatturazione: UFMJ00

e-mail-PEO: cnic86400t@istruzione.it

codice Ente Ipa: icbu

DICHIARAZIONE POSIZIONE PREVIDENZIALE E FISCALE A CURA DELL'ESPERTO (Personale della pubblica amm.ne/prestatore d'opera/ associazione/ente...)

TITOLO PROGETTO/INCARICO _____

DATA INIZIO _____ DATA FINE _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

*Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Piero
Angela
12042 - B r a*

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Tel. _____

Qualifica _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni mendaci, esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti al vero,

D I C H I A R A

ai sensi dell'art. 46 della Legge 28 dicembre 2000, n° 445, di trovarsi nella seguente posizione:

☐ **di essere dipendente della seguente Pubblica Amm.ne:** _____

con sede a _____ **in qualità di** _____

(pertanto allega autorizzazione all'effettuazione della prestazione , rilasciata dall'amministrazione di appartenenza ai sensi dell'art 53, commi 8 e 10, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e dell'art.32 del CCNL 29 novembre 2007 del Comparto Scuola – non necessaria per i Docenti Universitari per lezioni seminari a carattere occasionale - Art. 6 c.10 legge 240/2010- collaborazioni occasionali)

Aliquota IRPEF _____% (Desumibile dal cedolino dello stipendio)

Aliquota IRAP applicabile a circo dell'Amm.ne 8,5%

☐ **di non trovarsi nella situazione di incompatibilità di cui all'art. 53 del D.L.vo 165 del 30.03.2001**

☐ di essere/non essere (*) pensionato.

☐ di **NON** essere dipendente da altra Amministrazione Statale

☐ richiamando la legge 335/95 art.2 comma 26, :

☐ di essere **lavoratore autonomo/libero professionista abituale** in possesso di partita IVA n° _____ per l'attività di _____

☐ di essere iscritto all'Albo professionale o elenco dei _____ della provincia di _____

☐ di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo (Professionista iscritto all'Albo con Cassa – C

☐ di essere iscritto alla gestione separata dell'INPS (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4% e con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo (Professionista iscritto all'Albo senza Cassa– soggetto a ritenuta d'acconto 20%);

☐ di essere iscritto alla gestione separata dell'INPS (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4% (Professionista senza iscrizione all' Albo professionale e senza Cassa – soggetto a ritenuta d'acconto 20%);

☐ di **rilasciare ai fini fiscali** regolare fattura elettronica

☐ con IVA in regime di split payment

☐ con IVA a esigibilità immediata/differita per esenzione al regime di split payment ai sensi dell'art. _____ della L. _____

☐ esente IVA ai sensi dell'art. _____ della L. _____

☐ di effettuare prestazione senza applicazione dell'IVA ai sensi dell'articolo 27, commi 1, 2 e 3 del D.L. 98 del 6 luglio 2011 e successive modificazioni nonché non soggetta a ritenuta di acconto ai sensi del comma 5.2 del provvedimento Agenzia delle entrate del 22.12.2011 n. 185820 (**Regime forfettario o ex regime dei nuovi minimi**)

☐ di essere **libero professionista/lavoro autonomo con attività occasionale senza partita IVA;** (compenso soggetto a ritenuta d'acconto del 20%) e pertanto fa presente di:

☐ di non prestare attività per un periodo superiore a 30 giorni lavorativi

☐ che nel periodo di imposta corrente, ai fini degli obblighi contributivi previsti, a carico dei lavoratori autonomi occasionali, dall'art. 44 comma 2 della Legge 326/2003, alla data odierna ha percepito, per l'attività svolta di lavoro autonomo occasionale, redditi di importo complessivamente **inferiore a Euro 5.000,00;**

☐ di aver superato il limite annuo di € 5.000,00 e quindi di essere soggetto al contributo previdenziale INPS come da L. 335/95 e quindi di essere

☐ soggetta al contributo previdenziale del _____ (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria)

☐ soggetta al contributo previdenziale del _____ in quanto titolare di pensione o provvisti altra tutela pensionistica obbligatoria;

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

- ☐ che l'attività svolta è una **collaborazione coordinata e continuativa** con l'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 _____%, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria o titolare di pensione diretta;
 - ☐ soggetto titolare di partita IVA, contributo previdenziale del _____% per il _____, in quanto pensionato e non iscritto ad altra forma pensionistica diretta;
 - ☐ soggetti NON titolari di partita IVA, contributo previdenziale del _____% per il _____, in quanto non iscritti ad altre gestioni di previdenza obbligatoria né pensionati.

- ☐ di avere svolto la prestazione in nome e conto della Ditta/Ente sotto indicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso.

Ragione Sociale: _____

Sede legale _____ C.F./P.I. _____

Notizie Professionali

Si allega curriculum vitae di cui si autorizza la pubblicazione sul sito della scuola.

Il sottoscritto dichiara inoltre

- ☐ di aver riportato le seguenti condanne: (indicare il/i soggetto/i specificando ruolo, imputazione, condanna)

- ☐ di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana

(*) cancellare l'ipotesi non ricorrente.

Modalità di pagamento:

Mediante accredito sul cc bancario/postale: indicare l'IBAN completo

CONTO CORRENTE (IBAN)

Paese	Cin Eur	cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

Banca	Agenzia
-------	---------

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

l sottoscritt_ dichiara di essere consapevole che l'Istituzione scolastica può utilizzare i dati personali contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro (Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 e Regolamento UE 2016/679).

Luogo e data, _____

Firma

ISTITUTO COMPRENSIVO Piero Angela

Il Dirigente Scolastico

Verificato il possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della prestazione nulla osta alla stipula del contratto.

Data, _____

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Ilaria Giavelli

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del
D.Lgs 82/2005 e s.m.i e norme collegate
che sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*