

PROGETTO CORSO DI FORMAZIONE SULLA VALUTAZIONE FORMATIVA –
UNIVERSITA DI MILANO BICOCCA

DATI IDENTIFICATIVI

COGNOME _____ PIETROBON _____ NOME _____ ANNA _____

NATO/A a _____ (_____) IL _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ CAP: _____

INDIRIZZO _____ VIA GABRIELE DON DELLA BELLA PREVOSTO N. 1 _____

DATI PER LA LIQUIDAZIONE DEL COMPENSO

DOMICILIO FISCALE _____

CODICE FISCALE _____ PTRNNA89C60C933G _____

ENTE CHE EROGA LO STIPENDIO (se lav. dipendente) _____ IC CERNOBBIO _____

Aliquota IRPEF _____

Soggetto IVA SI _____ NO X _____

MODALITA' DI RISCOSSIONE COMPENSI

ACCREDITAMENTO IN C/C BANCARIO: BANCA _____

ACCREDITAMENTO IN C/C POSTALE : UFFICIO POSTALE DI _____

Ag. _____ IBAN _____

ASSEGNO N.T. DA INVIARE AL SEGUENTE INDIRIZZO: _____

DATI PROFESSIONALI (Allegare curriculum)

ATTIVITA' LAVORATIVA SVOLTA: _____ DOCENTE TEMPO INDETERMINATO IC CERNOBBIO (CO) –
LIBERO PROFESSIONISTA FORMATORE-PEDAGOGISTA _____

ALLE DIPENDENZE DI _____ PUBBLICA AMMINISTRAZIONE/IC CERNOBBIO – LIBERO
PROFESSIONISTA _____

SEDE DI SERVIZIO _____ IC CERNOBBIO _____

Il/La sottoscrittA dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità: (1)

- ◇ di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- ◇ di godere dei diritti civili e politici;
- ◇ di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario;
- ◇ di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- ◇ di essere in possesso di partita IVA n. 03707040139, in qualità di lavoratore autonomo / libero professionista e di rilasciare regolare fattura;
- ◇ che l'attività svolta è una collaborazione coordinata e continuativa con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all'art.2, comma 26, Legge 8.8.95, n. 335;
- ◇ di essere / non essere iscritto ad una diversa gestione contributiva obbligatoria DI VERSARE IL Contributo INPS 4% L.335/95;
- ◇ di non essere titolare di trattamento pensionistico;
- ◇ che a partire dal 1 gennaio 20__ i compensi corrisposti per la suddetta attività sono / non sono da assoggettare al contributo INPS di cui all'art. 2, comma 26 e seguenti, della legge n. 335 dell'8.8.95, nella misura del _____ %;
- ◇ di non trovarsi nella situazione di incompatibilità di cui all'art. 58 D.L.vo n. 29/93 e successive modifiche e integrazioni;
- ◇ di non essere titolare di polizza assicurativa personale per l'esercizio della propria attività.

Il/La sottoscrittA si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario approntato dall'Istituto.

Il/La sottoscrittA si impegna a comunicare definitivamente entro il 30/6 dell'anno successivo ogni variazione di quanto sopra dichiarato.

19/01/2022
data



_____ firma

(1) barrare le righe e le parti che interessano

Il/La sottoscrittA dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente scheda, esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della P.A. (L. n. 675, art. 27, del 31/12/1996 "Tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali")