

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' COLLABORATORI ESTERNI/INTERNI

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

DATI ANAGRAFICI (compilare sempre in stampatello e in ogni sua parte)

Cognome	Nome	
<input type="text"/>		
Data di nascita	Comune (o stato estero) di nascita	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice fiscale	Codice identificativo estero *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo	N° civico	Telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune (o Stato estero) di residenza	C.A.P.	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio fiscale (solo se diverso dal precedente)		
indirizzo	N° civico	Telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune (o Stato estero) di residenza	C.A.P.	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

- Di essere titolare del seguente numero di Partita Iva

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- Di essere iscritto all'albo o elenco professionale _____
- Di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale _____
- Di svolgere la seguente professione _____

- Di essere Dipendente di Pubblica Amministrazione:

<input type="checkbox"/>	Per la rilevazione ai fini dell'anagrafe delle prestazioni dei pubblici dipendenti, di cui all'art. 53 D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, deve essere allegata la preventiva autorizzazione dell'Amministrazione Pubblica di appartenenza. I dati dell'Amministrazione Pubblica a cui inviare la comunicazione dei compensi percepiti sono: Denominazione _____ Indirizzo _____
<input type="checkbox"/>	retribuito da _____
<input type="checkbox"/>	aliquota Irpef da applicare _____ %

Se residente all'estero* :

Identificativo estero obbligatorio	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Di avvalermi	della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale tra Italia e stato estero di residenza _____ (allega la certificazione rilasciata dall'Autorità finanziaria estera in merito alla propria domiciliazione fiscale o residenza
<input type="radio"/> Di non avvalermi	residenza

DICHIARAZIONE DI TITOLARITA' DI POSIZIONE CONTRIBUTIVA AI FINI PREVIDENZIALI E FISCALI

In relazione all'incarico in corso di perfezionamento con codesto Ente, per il periodo dal _____ al _____
e consistente nella seguente prestazione: _____ nell'ambito del PROGETTO
_____ per ore _____

Dichiara, sotto la propria e personale responsabilità, che la prestazione rientra:

OPZIONE 1. Incarico per prestazione Professionale con rilascio di regolare fattura o parcella (Liberio professionista/Lavoratore autonomo)

art.53 del TUIR

N° PARTITA IVA	ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE

ADDEBITO RIVALSA INPS 4% (SI O NO)	CASSA PROFESSIONALE (INDICARE CASSA E %)	NOME	RITENUTA DI ACCONTO 20% SI O NO	Assoggettata a IVA indicare la percentuale _____ o in caso di esenzione indicare ai sensi di art..... D.P.R. 633/72

SI AVVALE DEL REGIME FORFETTARIO (ART.1 C.54-89 LEGGE 190/2014) - RF19	SI	NO
SI AVVALE DEL REGIME DEI CONTRIBUENTI MINIMI (ART. C.96-117 LEGGE 244/07)- RF 02	SI	NO
ESENTE IVA AI SENSI	SI	NO
SOGGETTO A RITENUTA D'ACCONTO 20% se residente in Italia ; soggetto a ritenuta di imposta del 30% se non residente in Italia	SI	NO
Prestazione esercitata non in forma propria e la fattura verrà emessa da Studio Associato : Denominazione _____ Indirizzo _____ P.I. _____ (assoggettata a ritenuta di acconto e obbligo rilascio della certificazione unica)	Si	No

OPZIONE 2. Incarico di collaborazione coordinata e continuativa

(art.50, primo comma, lettera c-bis, D.P.R. 917/1986). L'attività richiesta sarà svolta senza vincolo di subordinazione, non rientrante nei compiti istituzionali contrattualmente definiti di lavoratore dipendente e non rientrante nell'oggetto della eventuale professione abitualmente svolta.

Di essere assoggettato al regime contributivo di cui all'art.2 comma 26 e succ. L.335/95 – Gestione separata del lavoro autonomo con la seguente aliquota:

Collaboratori e figure assimilate diversi dai liberi professionisti

iscritti in via esclusiva alla gestione separata

Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del 1.7.2017) (soggetto non assicurato presso altre forme pensionistiche obbligatorie)	33,23% (anno 2017) (c.inps. n.122/2017 dal
Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del (soggetto titolare di pensione e/o iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria (indicare quale):	24,00% (anno 2017)
di aver diritto alle seguenti detrazioni di imposta: ▲ detrazioni per lavoro dipendente; ▲ detrazioni per coniuge a carico ▲ detrazioni per figli a carico n° 100% o 50% di cui inferiore ai tre anni.....; ▲ altri familiari a carico _____ (specificare) 100% o 50%	
con applicazione dell'aliquota IRPEF del%	

OPZIONE 3. Incarico di prestazione occasionale di lavoro autonomo

("redditi diversi" di cui all' ex art. 67, comma 1, lettera I, del TUIR)

In relazione a quanto disposto dall'art. 44, c.2, legge 326/2003, in merito all'iscrizione alla Gestione Separata di cui all'art. 2, comma 26 della legge 8 agosto 1995, n. 335 **dichiara di avere un reddito derivante da lavoro autonomo occasionale percepito anche da altri committenti, nel corso dell'anno solare:**

	prestazione occasionale non superiore a € 5.000,00
	superiore a € 5.000,00 - reddito complessivo di € _____
<input type="radio"/>	pertanto di essere soggetto al contributo INPS nella misura del 32,72%
<input type="radio"/>	Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del 24,00% (soggetto titolare di pensione e/o iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria (indicare quale):;
<input type="radio"/>	non soggetto a contribuzione per reddito superiore al massimale di € 100.324,00 (anno 2017)

Il sottoscritto conferma quanto sopra indicato e si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione o altro dato che comporti modifiche al regime contributivo e/o fiscale, o che comunque sia rilevante ai fini previdenziali e/o fiscali, impegnandosi a sostenere tutti gli oneri e responsabilità dovessero derivare dalla inesatta indicazione dei dati o dalla intempestiva segnalazione di variazione degli stessi.

data _____

Firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO																	
COORDINATE BANCARIE IN FORMATO IBAN intestato o cointestato																	
ID NAZ	CIN EUR	CIN	ABI				CAB				CONTO						

CODICE SWIFT (BIC) OBBLIGATORIO PER CONTO CORRENTE ESTERO

ISTITUTO BANCARIO/POSTE	INDIRIZZO

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 (Codice Privacy) Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, riguardante "le regole generali per il trattamento dei dati", si informa che tutti i dati personali, forniti dal Collaboratore o acquisiti direttamente dall'Istituzione Scolastica saranno oggetto di trattamento da parte dell'Istituto ai sensi del D.Lvo n. 196/03 e delle normative vigenti. I dati personali forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità della scuola, che sono quelle relative all'istruzione e alla formazione degli alunni e quelle amministrative ad esse strumentali, incluse le finalità di instaurazione e gestione dei rapporti di lavoro di qualunque tipo e quelle relative alla conclusione di contratti di fornitura di beni e/o servizi, così come definite dalla normativa vigente. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto potrà comportare la mancata prosecuzione della fase precontrattuale o la mancanza o parziale esecuzione del contratto. Il trattamento dei dati viene effettuato attraverso il sistema informatizzato e mediante archivi cartacei. Il titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico, quale rappresentante legale dell'Istituto. Incaricati del trattamento sono il Direttore SGA e gli assistenti amministrativi addetti. L'Istituto adotta idonee misure di sicurezza per ciò che concerne la conservazione e la custodia dei dati. I dati possono essere comunicati ad amministrazioni di enti pubblici in applicazione di norme di legge o di regolamento e, comunque, in esecuzione di fini istituzionali. La comunicazione a privati o enti pubblici economici e la diffusione avverranno solo in esecuzione di norma di legge e di regolamento. Al soggetto titolare dei dati sono riconosciuti tutti i diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003-

Data _____

Firma _____

Allega copia di un documento di identità in corso di validità-