

**ALLEGATO 2****DATI CONTABILI**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a il  
 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente a  
 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Tel.  
 Fisso \_\_\_\_\_ Tel. Cell. \_\_\_\_\_ C.F.  
 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Titolo progetto / incarico:** \_\_\_\_\_

data di inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_ costo orario lordo € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

**dichiara sotto la propria responsabilità:**

di essere *dependente da altra Amministrazione Statale*<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

*1 Specificare quale.*

In ottemperanza al D. Lgs.vo 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico. Consegnare ultimo cedolino di stipendio.

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

di essere **lavoratore autonomo/libero professionista** in possesso di partita IVA n° \_\_\_\_\_ e di rilasciare regolare fattura;

di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo 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%.

di svolgere una **prestazione occasionale** soggetta a ritenuta d'acconto (20%).

Dichiara inoltre che, alla data del \_\_\_\_\_ sommando i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da tutti i committenti nell'anno corrente, al netto di eventuali costi:

ha superato il limite annuo lordo di € 5.000,00

non ha superato il limite annuo lordo di € 5.000,00 ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € \_\_\_\_\_

che l'attività svolta è una **collaborazione coordinata e continuativa** a progetto con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, l. 08/08/95, n° 335 e quindi

di essere assoggettato alle seguenti aliquote per l'anno 2018:

<b>Liberi Professionisti</b>		<b>Aliquote</b>
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	25,72%
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24,00%
<b>Collaboratori e figure assimilate</b>		
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista contribuzione aggiuntiva	34,23%
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali non è prevista contribuzione aggiuntiva	33,72%
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24,00%

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

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ C.F./P.I. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Modalità di pagamento:

Quietanza diretta;  Accredito su c/c postale n. \_\_\_\_\_;

Bonifico bancario

Banca \_\_\_\_\_ Fil. \_\_\_\_\_

C/C n° (dodici cifre) \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_ Cin Euro \_\_\_\_\_ Cin IT\_

\_\_\_\_\_ ABI (5 cifre) \_\_\_\_\_ CAB (5 cifre) \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_