

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del I.C. K. WOJTYLA - G. Da Fiore

Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto Codice: CNP: PNRR DM 19 TITOLO:
ALLA RICERCA DELA TESORO NASCOSTO
CODICE PROGETTO: M4C1I1.4-2024-1322-P-52615

CUP: J14D21000890006

Dati anagrafici:

Cognome: OPPOLI Nome EPIÈSTO
 nato/a il 19/12/1966 a CATANZARO (CZ)
 residente a CROTONE (KR) in via
TURCHIA Cap. 88900 Cell. 333/19629353
 C.F. PPLRST66T19C352Q - e-mail ernesto.iffli@libero.it

Titolo progetto / incarico: _____

data di inizio _____ data fine _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, **DICHIARA**

<input checked="" type="checkbox"/>	Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE Specificare quale. In ottemperanza al D. Lgs. 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico.
Denominazione: <u>I. e. ROCCA & NET</u>	
Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____	

<input type="checkbox"/>	Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA	
N° Partita IVA	Iscritto all'albo professionale	
_____	SI	NO

Di essere iscritto alla gestione separata dell'INPS (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4%.	SI	NO
Di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo.	SI	NO
Di avvalersi del regime forfetario (art. 1 c. 54-89 Legge 190/2014 – RF 19)	SI	NO
Di avvalersi del regime dei contribuenti minimi (Legge 244/07) – RF 02)	SI	NO
Esente IVA ai sensi _____	SI	NO
Soggetto a Ritenuta d'acconto del 20%	X	NO

<input checked="" type="checkbox"/>	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:	
<input type="checkbox"/> ha superato il limite annuo lordo di € 5.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> non ha superato il limite annuo di € 5.000,00 ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di €	

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.

<input type="checkbox"/>	Di essere iscritto/a in via esclusiva alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi di essere assoggettato/a alle seguenti aliquote per l'anno 2024	
	Collaboratori e figure assimilate	Aliquote
<input checked="" type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	35,03% (33,00 + 0,72 + 1,31 aliquote aggiuntive)
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali NON è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	33,72% (33,00 IVS + 0,72 aliquote aggiuntive)
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24% (IVS)
	Professionisti	Aliquote
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	26,07% (25,00 IVS + 0,72 aliquote aggiuntiva + 0,35 ISCRO)
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24% (IVS)

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. _____

<input type="checkbox"/>	<u>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</u>
Identificativo estero (obbligatorio)	
<input type="checkbox"/> di avvalersi 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).; <input type="checkbox"/> di NON avvalersi della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale	

Notizie Professionali: Allegare Curriculum Vitae

Pagamento tramite Bonifico Bancario: Banca											
Sigla paese	Numeri di controllo	CIN	ABI	CAB			C/C				
IT	38	R	0538	4	22	210	00	00	00	00	022615

Il sottoscritto si impegna a:

- dare immediata comunicazione nel caso si verifichino variazioni rispetto a quanto dichiarato;
 - non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario.

Data.

assumendosi ogni re

Firms