

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 DEL TESORO NASCOSTO
CODICE PROGETTO: M4C1I1.4-2024-1322-P-52615

CUP: J14D21000890006

Dati anagrafici:

Cognome: COLLETTI Nome VALERIA
nato/a il 03.01.1985 a POSENZA (CS)
residente a POSENZA (CS) in via
GEROLAMO DE RADA Cap. 87100 Cell. 329 7321071
C.F. ALLVLR85A43D086F - e-mail valeria.colletti@gmail.com
Titolo progetto / incarico: ESPERTO ESTERNO "ALLA RICERCA DEL TESORO NASCOSTO"
data di inizio 22/09/2025 data fine 15/09/2025

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

☒ **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: I.C. "GIUSEPPE SIMONETTA", PARRA (KR)
Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____

☐ **Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA**

N° Partita IVA _____

Iscritto all'albo professionale _____

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%	SI	NO

☐ **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 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.

- ☐ **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 |
| ☐ 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) |
| ☐ 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) |
| ☐ Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | 24%
(IVS) |

Professionisti

- | | |
|---|---|
| ☐ | Aliquote |
| ☐ Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie | 26,07%
(25,00 IVS + 0,72 aliquote aggiuntiva + 0,35 ISCRO) |
| ☐ 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. _____

- ☐ **Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO**

Identificativo estero (obbligatorio) _____

- ☐ 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).;
- ☐ di **NON avvalersi** della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale _____

Notizie Professionali: Allegare Curriculum Vitae _____

Pagamento tramite Bonifico Bancario: Banca POSTE ITALIANE

Sigla paese	Numeri di controllo	CIN	ABI	CAB	C/C
IT	42	Z	36081051	38279778979807	

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, 22/05/2025

Severino Polletti Firma