

Allegato 4

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell' IC MONS. L. VITALI BELLANO**Scheda notizie esperto per l'incarico di esperto in psicologia scolastica****Dati anagrafici:**

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

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 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.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Denominazione: _____
Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____	

<input type="checkbox"/>	Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA	
<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/>	Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE - soggetta a ritenuta d'aconto (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 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.		

Allegato 4

	08/08/95, n° 335 e quindi di essere assoggettato/a alle <u>seguenti aliquote</u> per l'anno 2024	
Collaboratori e figure assimilate		
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	Aliquote 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 aliquota aggiuntive)
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24% (IVS)
Professionisti		
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	Aliquote 26,07% (25,00 IVS + 0,72 aliquota 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"/>	Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO
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

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, _____

Firma _____