

## ALLEGATO B

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'IIS A. BADONI

## Scheda notizie esperto

**Si ricordi di inserire nell'oggetto della email/pec "piano estate 2025" ESPERTO MODULO 118835 Decorazione spazi scolastici Piano Estate 25 FSE +**

**Dati anagrafici:**Cognome e 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**

|   |                                                                                                                                                                                                                 |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • | <b>Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE</b> Specificare quale. In ottemperanza al D. Lgs. 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico. |
|   | Denominazione: <input type="text"/>                                                                                                                                                                             |
|   | Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) <input type="text"/>                                                                                                                           |

|   |                                                              |                                 |
|---|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| • | <b>Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA</b> |                                 |
|   | N° Partita IVA                                               | Iscritto all'albo professionale |
|   | <input type="text"/>                                         | <input type="text"/>            |

|                                                                                                                                                                              |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Di essere iscritto alla <b>gestione separata dell'INPS</b> (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con <b>addebito a titolo di rivalsa del 4%</b> .                          | SI | NO |
| Di essere iscritto alla <b>cassa di previdenza del competente ordine professionale</b> e di emettere fattura con addebito del <b>2% a titolo di contributo integrativo</b> . | 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 <input type="text"/>                                                                                                                                     | SI | NO |
| Soggetto a Ritenuta d'acconto del 20%                                                                                                                                        | SI | NO |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| •                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE</b> - soggetta a ritenuta d'acconto (20%) |
| Dichiaro, 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ha superato</b> il limite annuo lordo di € <b>5.000,00</b></li> <li>• <b>non ha superato</b> il limite annuo di € <b>5.000,00</b> ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € _____.</li> </ul> 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. |                                                                                      |

|                                          |                                                                                                                                                                                                        |                                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| •                                        | <b>Di essere</b> 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 <b>2020</b> |                                                            |
| <b>Collaboratori e figure assimilate</b> |                                                                                                                                                                                                        | <b>Aliquote</b>                                            |
| •                                        | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è <b>prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>                                                              | <b>34,23%</b><br>(33,00 + 0,72 + 0,51 aliquote aggiuntive) |
| •                                        | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali <b>non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>                                                          | <b>33,72%</b><br>(33,00 + 0,72 aliquote aggiuntive)        |
| •                                        | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria                                                                                                                   | <b>24%</b>                                                 |
| <b>Liberi professionisti</b>             |                                                                                                                                                                                                        | <b>Aliquote</b>                                            |
| •                                        | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie                                                                                                                                 | <b>25,72%</b><br>(25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva)    |
| •                                        | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria                                                                                                                   | <b>24%</b>                                                 |

• 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. \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| •                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</b> |
| Identificativo estero (obbligatorio) _____                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |
| <input type="checkbox"/> <b>di avvalersi</b> 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"/> <b>di NON avvalersi</b> della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale                                                                                                                                                                 |                                        |

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| <b>Notizie Professionali:</b> Allegare Curriculum Vitae |
|---------------------------------------------------------|

|                                                         |                     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Pagamento tramite Bonifico Bancario:</b> 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 

\_\_\_\_\_