

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

dichiara sotto la propria responsabilità

Dati anagrafici:

Cognome: **BONACINA** Nome **ALBERTO** nato il **20/04/1965** a **LECCO (LC)** residente a **LECCO (LC)** in via **PARADISO 15** Cap. **23900** Tel. Fisso **0341251026** Tel. Cell. **3356530884**
C.F. **BNCLRT65D20E507Q** - e-mail **albertobonacina7@gmail.com**

Titolo progetto / incarico: ESPERTO PER LABORATORIO TEATRALE

data di inizio **MARZO 2022** data fine **MAGGIO 2022**

(croccettare la voce che interessa con una x)

- di **essere dipendente da altra Amministrazione Statale:**¹
_____ con aliquota IRPEF
massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____
- di **NON** essere dipendente da altra Amministrazione Statale;

- richiamando la **legge 335/95** art. 2 comma 26:

- 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 avvalersi del regime forfettario (art. 1 c. 54-89 Legge 190/2014 – RF19)
- di avvalersi del regime dei contribuenti minimi (legge 244/07) . RF 02)
- Esente IVA ai sensi _____
- Soggetto a ritenuta d'acconto del _____%

¹ Specificare quale. In ottemperanza al D. Leg.vo 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico (escluso per formazione diretta ai dipendenti P.A.).

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL LICEO CLASSICO STATALE "A. MANZONI"
DI LECCO

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 2018
COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI:

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

X di svolgere una *prestazione occasionale* soggetta a ritenuta d'acconto del 20%

Dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 44 del D.L. 30/9/2003 N. 269, convertito con modificazioni nella L. 24/11/2003 n. 326 e della circolare Inps n 103 del 6/07/04, che, alla data del **17/03/2022**, 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 di € 5.000,00

X non ha superato il limite annuo di € 5.000,00 ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € ZERO

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 *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	

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL LICEO CLASSICO STATALE "A. MANZONI"
DI LECCO

Ragione Sociale: _____
Sede legale _____
C.F./P.I. _____ Tel. _____

- di essere soggetto al versamento IRAP
- di **NON** essere soggetto al versamento IRAP

Notizie Professionali:

1. CURRICULUM vitae (obbligatorio).
2. PREVENTIVO DETTAGLIATO DI SPESA (come appare in fattura/nota di addebito/nota spese)

Modalità di pagamento:

Accredito su c/c postale n° _____

Accredito su c/c bancario: Banca **INTESA SAN PAOLO ag. di LECCO**

Sigla paese (2 caratteri)	Numeri di controllo (2 caratteri)	CIN (1 carattere)	ABI (5 caratteri)	CAB (5 caratteri)	C/C (12 caratteri)
IT	08	J	03069	22910	10000003684

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

Data, 17/03/2022

Firma

NOTE

***** parte riservata all'Istituto *****

LICEO CLASSICO STATALE "A. MANZONI" DI LECCO

Dopo un'attenta valutazione del curriculum dell'esperto, nulla osta alla stipula del contratto.

Data, _____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Maria Luisa Montagna