

Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto dal titolo "[TITOLO\_PROGETTO]"  
– codice progetto [CODICE\_PROGETTO] – CUP [CUP]

**Dati anagrafici:**

Cognome: HIBLE Nome ZARAH JANE  
nato/a il 11/05/1982 a Sheffield, Regno Unito ( UK )  
residente a RECANATI ( MC ) in via  
Via Pintura del Braccio, 39 Cap. 62019 Cell. 0039 331 252 9643  
C.F. HBLZHJ82E51Z114N - e-mail zarahhible@hotmail.com.

**Titolo progetto / incarico:** ESPERTO LETTORATO MADRELINGUA INGLESE

data di inizio gennaio 2024 data fine maggio 2024

\*\*\*\*\*

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

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

|  |  |                                 |    |
|--|--|---------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/>   | <b>Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA</b> |                                 |    |
| N° Partita IVA   |  | Iscritto all'albo professionale |    |
|  |  |                                 |    |
| 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 _____  |  | SI                              | NO |
| Soggetto a Ritenuta d'acconto del 20%  |  | SI                              | NO |

|   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/>   | <b>Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE</b> - soggetta a ritenuta d'acconto (20%) |
| Dichiara, inoltre, che, alla data del <u>05/01/2024</u> , sommando i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da tutti i committenti nell'anno corrente, al netto di eventuali costi:<br><input type="checkbox"/> <b>ha superato</b> il limite annuo lordo di <b>€ 5.000,00</b> |  |

**non ha superato** il limite annuo di € **5.000,00** ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € 0.

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"/>                 | <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 <a href="#">seguenti aliquote</a> per l'anno <b>2023</b> |  |
|--|--|--|
| <b>Collaboratori e figure assimilate</b> |  | <b>Aliquote</b>  |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è <b>prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>  | <b>35,03%</b><br>(33,00 + 0,72 + 1,31 aliquote aggiuntive)           |
| <input type="checkbox"/>                 | 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 IVS + 0,72 aliquota aggiuntive)              |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria   | <b>24%</b><br>(IVS)  |
| <b>Professionisti</b>                    |  | <b>Aliquote</b>  |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie   | <b>26,23%</b><br>(25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva + 0,51 ISCRO) |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria   | <b>24%</b><br>(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"/>   | <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   |  |

**Notizie Professionali:** Allegare Curriculum Vitae

**Pagamento tramite Bonifico Bancario:** Banca MEDIOLANUM

| Sigla paese |   | Numeri di controllo |   |   | CIN | ABI |   |   |   |   | CAB |   |   |   |   | C/C |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------|---|---------------------|---|---|-----|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I           | T | 8                   | 5 | W | 0   | 3   | 0 | 6 | 2 | 3 | 4   | 2 | 1 | 0 | 0 | 0   | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 6 | 7 | 8 | 9 | 8 |

Il sottoscritto si impegna a:

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

Data, 11/05/1982


  
 Firma