

Dati anagrafici:

Cognome: _____ Nome _____ nato/a il _____ a

(____) residente a _____ (____) in via

Cap. _____ Tel. Fisso _____ Tel. Cell. _____
C.F. _____ - e-mail _____

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

dichiara sotto la propria responsabilità

- ☐ 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 svolgere una **prestazione occasionale** soggetta a ritenuta d'acconto (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 _____, 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.

Il sottoscritto dichiara infine:

- ☐ di essere iscritto alla seguente forma previdenziale obbligatoria, quale:
- ☐ Pensionato
- ☐ Lavoratore subordinato
- ☐ di **NON** essere iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria
- ☐ che l'attività svolta è una **collaborazione coordinata e continuativa** con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335.

Modalità di pagamento:

☐ Bonifico Bancario presso: Banca _____

Sigla paese (2 caratteri)	Numeri di controllo (2 caratteri)	CIN (1 carattere)	ABI (5 caratteri)	CAB (5 caratteri)	C/C (12 caratteri)

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

Data _____

Firma

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.