

Dati anagrafici:

Cognome: Zuppiroli Nome Simone nato/a il 27.01.1987 a Modena (MO)
 residente a Modena (MO) in via Buozzi 346
 Cap. 41122 Tel. Fisso _____ Tel.Cell. 333 52 32 397 C.F. ZPPSMN87A27F257M
 e-mail s.zuppiroli@gmail.com

Legale Rappresentante/Presidente della _____

Lab. Didattico **N.** _____

Lab. Extracurricolari **N.** _____

data di inizio 8/09/2025 data fine 10/09/2025 Tot. ore: 18

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° 04193430362 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 _____, 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 € _____.

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.

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 escluso da obbligo del contributo di cui trattasi in quanto alla data del 1/04/96 già pensionato con 65 anni di età e collaboratore autonomo
- ☐ 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 e quindi:
 - ☐ soggetto al contributo previdenziale del 24%, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria o titolare di pensione diretta;
 - ☐ soggetto al contributo previdenziale del 33,72%, in quanto non pensionato e non iscritto ad altra forma pensionistica obbligatoria;

X di essere iscritto alla Gestione Separata INPS come lavoratore autonomo (regime forfettario)

- ☐ di avere svolto la prestazione in nome e conto della Ditta sottoindicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso. Ragione Sociale: _____
 _____ Sede legale _____ C.F./P.I.
 _____ Tel. _____

Modalità di pagamento:

- ☐ Quietanza diretta; ☐ Accredito su c/c postale n° _____;
- ☐ Bonifico Bancario presso: Banca Banca Generali
 Fil. _____

Paese	C. D.	CIN	Cod.ABI	CAB	n° Conto
-------	-------	-----	---------	-----	----------

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I	T	7	4	I	0307501603CC8000877413

NOTE: Codice internazionale 2+2 caratteri, CIN 1 carattere, ABI 5 caratteri, CAB 5 caratteri, Conto corrente 12 caratteri (tutti preceduti da zeri a sinistra se necessario).

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

Data, 26.06.2025

Firma

