

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER IL REPERIMENTO DEL RSPP D'ISTITUTO**

Al Dirigente Scolastico I.C. Perugia 1 Morlacchi  
Perugia

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

In servizio presso l'Istituto Comprensivo "E. Mattei" in qualità di \_\_\_\_\_ (docente/ATA) \_\_\_\_\_ (materia)

Titolo di studio \_\_\_\_\_

**OPPURE**

In servizio presso \_\_\_\_\_ (indicare Istituto Scolastico di servizio) in qualità di  
\_\_\_\_\_ (docente/ATA) \_\_\_\_\_ (materia)

Titolo di studio \_\_\_\_\_

**OPPURE**

In qualità di esperto professionista esterno

**CHIEDE**

Di poter svolgere l'incarico di RSPP presso l'Istituto Comprensivo perugia 1 F. Morlacchi di Perugia  
a tal fine allega:

- Curriculum Vitae in formato europeo dal quale risulti il possesso dei requisiti culturali e professionali necessari e aggiuntivi
- Tabella di valutazione titoli culturali e professionali debitamente compilata e sottoscritta
- Dichiarazione di insussistenza
- Documento identità

**DICHIARA**

(ai sensi del D.P.R. 445/2000)

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea \_\_\_\_\_
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione di decisione di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- che l'aliquota massima IRPEF che grava sulla propria retribuzione nell'anno corrente è \_\_\_\_\_.
- che il mio rapporto è occasionale e per brevi periodi e non sussiste nessuna subordinazione di lavoro con l'istituzione scolastica. Dichiaro inoltre che **non sono titolare** di n. di iscrizione alla gestione separata INPS e che **non sono titolare** di Partita IVA e iscritto ad Albo Professionale
- di essere un professionista iscritto ad albo professionale, di essere in possesso di Partita IVA e di emettere regolare fattura elettronica per il corrispettivo dovutomi

\_I\_ sottoscritt\_ si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario predisposto dall'Istituto;

\_I\_ sottoscritto dichiara di essere a conoscenza di tutti i termini della procedura che accetta senza riserve

Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto \_\_\_\_\_

## Dati anagrafici:

|                   |   |      |  |
|-------------------|---|------|--|
| Il sottoscritto   |   |      |  |
| Nato a            |   | il   |  |
| Residente in      |   |      |  |
| Indirizzo/n./cap. |   |      |  |
| telefono          |   | Cell |  |
| PEC               | @ |      |  |
| E-MAIL            |   |      |  |
| Codice fiscale    |   |      |  |

Titolo progetto/incarico \_\_\_\_\_

Data di inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

## DICHARA

|                          |                                                                        |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Di essere DIPENDENTE DI QUESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA</b>           |
|                          | Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____ |

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                               | <b>Di essere DIPENDENTE DI ALTRA ISTITUZIONE SCOLASTICA</b> Specificare quale. In ottemperanza al D. Lgs 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico |
| <b>DENOMINAZIONE:</b> _____                                            |                                                                                                                                                                                                                      |
| 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 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 type="checkbox"/>                                                                                                                                                            | <b>RISERVATO SOLO A NON DIPENDENTI DI II.SS.AA Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE – soggetta a ritenuta d'acconto (20%)</b> |
| 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:  |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>ha superato</b> il limite annuo lordo di € 5.000,00                                                                                                     |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>non ha superato</b> il limite annuo lordo 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 |                                                                                                                                  |

|                          |                                                                                                                                                                                              |                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Di essere</b> iscritto 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 alle seguenti aliquote per l'anno _____ |                                                            |
|                          | <b>Collaboratori e figure assimilate</b>                                                                                                                                                     | <b>Aliquote</b>                                            |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali <b>è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>                                                    | <b>34,23%</b><br>(33,00 + 0,72 + 0,51 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 + 0,72 aliquote aggiuntive)        |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria                                                                                                         | <b>24%</b>                                                 |

☐ di aver svolto la prestazione in nome e per 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 fra 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</b> Bonifico Bancario: Banca _____ |  |                     |  |     |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sigla<br>Paese                                          |  | Numeri di controllo |  | CIN | ABI |  |  |  |  | CAB |  |  |  |  | C/C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                         |  |                     |  |     |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_