

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI O CARICHE O
ATTIVITÀ PROFESSIONALI**

(ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D.LGS.33/2013)

Il/La sottoscritto/a SAMANTHA PAPETTI nato/a a
CAMERINO (MC) il 20/08/1984 residente in PERUGIA alla via
PIRELLA 16 codice fiscale 993504658 p.iva 993504658

in relazione all'incarico di

ESPERIENZE ESTERNO MOVIMENTO CREATIVO IN ARTE

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:

A. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

- di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
- di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

| n | Ente | incarico | durata | Gratuito si/no |
|---|------|----------|--------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |

B. con riferimento ai dati relativi alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

- di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
- di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

| n | Ente | carica | durata | Gratuita si/no |
|---|------|--------|--------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ'

Il/La sottoscritto/a JAMANTHA PAPETTI nato/a a Capo Vico, 10/01/1991
residente a PERUGIA, PIAZZA XXV APRILE, 11 - 06123
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai
benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la
propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico indicato

- a) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall' Amministrazione
- b) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto d.lgs. n. 39/2013.

MUGnano, 7/11/2023

Firma



Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo Perugia 3

Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto dal titolo "[TITOLO_PROGETTO]";

Dati anagrafici:

Cognome: PAPETTI Nome SAMANTHA
 nato/a il 25/03/1984 a CAMERINO (MC)
 residente a PERUGIA (PG) in via
P.zza XXV APRILE 16 Cap. 06132 Cell. 3466841306
 C.F. PPTSN84C65B4746 - e-mail ACCOGLIERENELCUORE@GMAIL.COM
Titolo progetto / incarico: MOVIMENTO CREATIVO IN ARTE
 data di inizio 14 NOVEMBRE data fine 21 DICEMBRE

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

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE 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 checked="" type="checkbox"/> | Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA | |
| N° Partita IVA | | Iscritto all'albo professionale |
| | | |
| | | |
| Di essere iscritto alla gestione separata dell'INPS (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4% . | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo . | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Di avvalersi del regime forfetario (art. 1 c. 54-89 Legge 190/2014 – RF 19) | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Di avvalersi del regime dei contribuenti minimi (Legge 244/07) – RF 02) | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Esente IVA ai sensi _____ | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Soggetto a Ritenuta d'acconto del 20% | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE - soggetta a ritenuta d'acconto (20%) | |
| Dichiara, inoltre, che, alla data del <u>7-11-2023</u> , sommando i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da tutti i committenti nell'anno corrente, al netto di eventuali costi: ŷ 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 € <u>540,00</u> . | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> | 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 2023 |
|-------------------------------------|--|

| Collaboratori e figure assimilate | | Aliquote |
|-----------------------------------|---|--|
| ÿ | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | 35,03% (33,00 + 0,72 + 1,31 aliquote aggiuntive) |
| ÿ | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali NON è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | 33,72% (33,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntive) |
| ÿ | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | 24% (IVS) |
| Professionisti | | Aliquote |
| ÿ | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie | 26,23% (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva + 0,51 ISCRO) |
| ÿ | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | 24% (IVS) |

ÿ 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. _____

| | |
|---|--|
| ÿ | 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 | |

Notizie Professionali: Allegare Curriculum Vitae

| Pagamento tramite Bonifico Bancario: Banca _____ | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|---|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| Sigla paese | Numeri di controllo | CIN | ABI | | | CAB | | | C/C | | | | | |
| I T | 6 2 X | 0 7 6 0 1 1 3 4 0 0 0 0 1 0 0 6 3 1 7 9 6 8 | | | | | | | | | | | | |

Il sottoscritto si impegna a:

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

Data, 7.11.2023

Domenico Repetti Firma