

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell'I.C di Fontanafredda "Rita Levi Montalcini"

Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto "Corso di formazione docenti infanzia"

Dati anagrafici:

Cognome: _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ (_____)

residente a _____ (_____) in via

_____ Cap. _____ Cell. _____

C.F. _____ - e-mail _____.

Titolo progetto / incarico: _____

data di inizio _____ data fine _____

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

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE Specificare quale. In ottemperanza al D. Leg.vo 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"/> | di non trovarsi nella situazione di incompatibilità di cui all'art. 58 del d.lgs. 03/02/1993 n. 29 e successive modificazioni (dipendente pubblico in part-time) |
| <input type="checkbox"/> | di essere stato debitamente autorizzato con nota n. _____ del ___/___/_____ |
| <input type="checkbox"/> | di considerare l'attività da svolgere: o connessa con la qualifica rivestita (art. 35 e 57 CCNL); o non direttamente connessa con la qualifica rivestita. |
| <input type="checkbox"/> | di essere pensionato (dello Stato/di altri enti pubblici/di azienda privata) _____ |

| | | |
|--------------------------|--|---------------------------------|
| <input 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%. | SI | 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. | 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 |

Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE - soggetta a ritenuta d'acconto (20%)

Dichiara, 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:

- 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.

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 **2018**
COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI:

| Collaboratori e figure assimilate | | Aliquote |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | 34,23% (33,00 + 0,72 + 0,51 aliquote aggiuntive) |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL | 33,72% (33,00 + 0,72 aliquote aggiuntive) |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | 24% |
| Liberi professionisti | | Aliquote |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie | 25,72% (25,00 IVS + 0,72 aliquote aggiuntive) |
| <input type="checkbox"/> | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria | 24% |

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. _____

Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO

Identificativo estero (obbligatorio) _____

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).;

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 |
|-------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|

