

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' COLLABORATORE ESTERNO

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

DATI ANAGRAFICI (compilare sempre in stampatello e in ogni sua parte)

Cognome		Nome	
MATEUCCI'		GIANNI	
Data di nascita	Comune (o stato estero) di nascita		Provincia
15/5/1965	TERNI		TR
Codice fiscale		Codice identificativo estero *	
MTT GNN GSE 15L MFG			
Indirizzo		N° civico	Telefono
VIALE BORSI		10	3203325658
Comune (o Stato estero) di residenza		C.A.P.	Provincia
TERNI		05100	TR

Domicilio fiscale (solo se diverso dal precedente)

Indirizzo	N° civico	Telefono
Comune (o Stato estero) di residenza	C.A.P.	Provincia
E-mail	Pec	
mateucci.gianni1925@yahoo.com		

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

☒ Di essere titolare del seguente numero di Partita Iva:

01227900550

☒ Di essere iscritto all'albo o elenco professionale _____

☒ Di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale _____

☒ Di svolgere la seguente professione MEDICO DEL LAVORO

☐ Di essere Dipendente di Pubblica Amministrazione:

<input type="checkbox"/>	Per la rilevazione ai fini dell'anagrafe delle prestazioni dei pubblici dipendenti, di cui all'art. 53 D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, deve essere allegata la preventiva autorizzazione dell'Amministrazione Pubblica di appartenenza. I dati dell'Amministrazione Pubblica a cui inviare la comunicazione dei compensi percepiti sono: Denominazione _____ Indirizzo _____
<input type="checkbox"/>	retribuito da _____
<input type="checkbox"/>	aliquota Irpef da applicare _____ %

***Se residente all'estero :**

Identificativo estero obbligatorio	_____
<input type="radio"/> Di avvalersi <input type="radio"/> Di non 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 o residenza

DICHIARAZIONE DI TITOLARITA' DI POSIZIONE CONTRIBUTIVA AI FINI PREVIDENZIALI E FISCALI

In relazione all'incarico in corso di perfezionamento con codesto Ente, per il periodo dal _____ al _____
e consistente nella seguente prestazione: _____ nell'ambito del PROGETTO _____
per ore _____

Dichiara, sotto la propria e personale responsabilità, che la prestazione rientra:

- ☐ **1. Incarico per prestazione Professionale con rilascio di regolare fattura o parcella (Libero professionista/Lavoratore autonomo)**

(art.53 del TUIR)

N° PARTITA IVA	ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE
01227900550	MEDICI

ADDEBITO RIVALSA INPS 4% (SI O NO)	CASSA PROFESSIONALE (INDICARE NOME CASSA E %)	RITENUTA DI ACCONTO 20% SI O NO	ASSOGGETTATA A IVA INDICARE LA PERCENTUALE O IN CASO DI ESENZIONE INDICARE AI SENSI DI ART. D.P.R. 633/72

SI AVVALE DEL REGIME FORFETTARIO (ART.1 C.54-89 LEGGE 190/2014) - RF19	SI	NO
SI AVVALE DEL REGIME DEI CONTRIBUENTI MINIMI (ART. C.96-117 LEGGE 244/07)- RF 02	SI	NO
ESENTE IVA AI SENSI art. 10 DPR 633/72	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
SOGGETTO A RITENUTA D'ACCONTO 20% se residente in Italia ; soggetto a ritenuta di imposta del 30% se non residente in Italia	SI	NO
Prestazione esercitata non in forma propria e la fattura verrà emessa da Studio Associato : Denominazione _____ Indirizzo _____ P.I. _____ (assoggettata a ritenuta di acconto e obbligo rilascio della certificazione unica)	SI	NO

☐ 2. Incarico di collaborazione coordinata e continuativa

(art.50, primo comma, lettera c-bis, D.P.R. 917/1986). L'attività richiesta sarà svolta senza vincolo di subordinazione, non rientrante nei compiti istituzionali contrattualmente definiti di lavoratore dipendente e non rientrante nell'oggetto della eventuale professione abitualmente svolta.

Di essere assoggettato al regime contributivo di cui all'art.2 comma 26 e succ. L.335/95 – Gestione separata del lavoro autonomo con la seguente aliquota:

Collaboratori e figure assimilate diversi dai liberi professionisti

iscritti in via esclusiva alla gestione separata

<input type="checkbox"/>	Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del 33,23% (anno 2017) (c.inps. n.122/2017 dal 1.7.2017) (soggetto non assicurato presso altre forme pensionistiche obbligatorie)
<input type="checkbox"/>	Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del 24,00% (anno 2017) (soggetto titolare di pensione e/o iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria (indicare quale):)
<input type="checkbox"/>	di aver diritto alle seguenti detrazioni di imposta: <input type="checkbox"/> detrazioni per lavoro dipendente; <input type="checkbox"/> detrazioni per coniuge a carico <input type="checkbox"/> detrazioni per figli a carico n° 100% o 50% di cui inferiore ai tre anni.....; <input type="checkbox"/> altri familiari a carico.....(specificare) 100% o 50% con applicazione dell'aliquota IRPEF del%

☐ 3. Incarico di prestazione occasionale di lavoro autonomo

("redditi diversi" di cui all' ex art. 67, comma 1, lettera l, del TUIR)

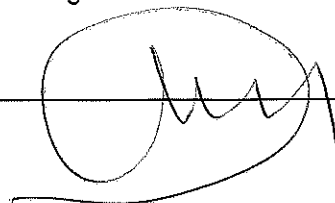
In relazione a quanto disposto dall'art. 44, c.2, legge 326/2003, in merito all'iscrizione alla Gestione Separata di cui all'art. 2, comma 26 della legge 8 agosto 1995, n. 335 **dichiara di avere un reddito derivante da lavoro autonomo occasionale percepito anche da altri committenti, nel corso dell'anno solare:**

<input type="checkbox"/>	prestazione occasionale non superiore a € 5.000,00
<input type="checkbox"/>	superiore a € 5.000,00 - reddito complessivo di €..... <input type="radio"/> pertanto di essere soggetto al contributo INPS nella misura del 32,72% <input type="radio"/> Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del 24,00% (soggetto titolare di pensione e/o iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria (indicare quale):); <input type="radio"/> non soggetto a contribuzione per reddito superiore al massimale di € 100.324,00 (anno 2017)

Il/la sottoscritto/a conferma quanto sopra indicato e si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione o altro dato che comporti modifiche al regime contributivo e/o fiscale, o che comunque sia rilevante ai fini previdenziali e/o fiscali, impegnandosi a sostenere tutti gli oneri e responsabilità dovessero derivare dalla inesatta indicazione dei dati o dalla intempestiva segnalazione di variazione degli stessi.

data 26/10/2024

Firma _____



MODALITA' DI PAGAMENTO**COORDINATE BANCARIE IN FORMATO IBAN intestato o cointestato**

ID NAZ	CIN EUR	CIN	ABI				CAB				CONTO														
I	T	S	S	0	2	0	0	8	1	4	4	1	1	0	0	0	0	2	9	3	9	5	2	2	6

CODICE SWIFT (BIC)
OBBLIGATORIO PER CONTO CORRENTE ESTERO

ISTITUTO BANCARIO/POSTE	INDIRIZZO

ASSENZA DI CONDANNE PENALI

In riferimento all'entrata in vigore del DL 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile

DICHIARA

☒ Di NON AVERE condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale;

☒ che non GLI/LE SONO STATE IRROGATE sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

☒ di NON essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 (Codice Privacy) Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, riguardante "le regole generali per il trattamento dei dati", si informa che tutti i dati personali, forniti dal Collaboratore o acquisiti direttamente dall'Istituzione Scolastica saranno oggetto di trattamento da parte dell'Istituto ai sensi del D.Lvo n. 196/03 e delle normative vigenti. I dati personali forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità della scuola, che sono quelle relative all'istruzione e alla formazione degli alunni e quelle amministrative ad esse strumentali, incluse le finalità di instaurazione e gestione dei rapporti di lavoro di qualunque tipo e quelle relative alla conclusione di contratti di fornitura di beni e/o servizi, così come definite dalla normativa vigente. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto potrà comportare la mancata prosecuzione della fase precontrattuale o la mancanza o parziale esecuzione del contratto. Il trattamento dei dati viene effettuato attraverso il sistema informatizzato e mediante archivi cartacei. Il titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico, quale rappresentante legale dell'Istituto. Incaricati del trattamento sono il Direttore SGA e gli assistenti amministrativi addetti. L'Istituto adotta idonee misure di sicurezza per ciò che concerne la conservazione e la custodia dei dati. I dati possono essere comunicati ad amministrazioni di enti pubblici in applicazione di norme di legge o di regolamento e, comunque, in esecuzione di fini istituzionali. La comunicazione a privati o enti pubblici economici e la diffusione avverranno solo in esecuzione di norma di legge e di regolamento. Al soggetto titolare dei dati sono riconosciuti tutti i diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Data 24/10/2024

Firma _____

Allega copia di un documento di identità in corso di validità