



Istituto Comprensivo Dante Alighieri

Via Giustiniano, 7 – 34133 Trieste Tel. 040362604 - 040364655

e-mail: tsic808001@istruzione.it pec: tsic808001@pec.istruzione.it

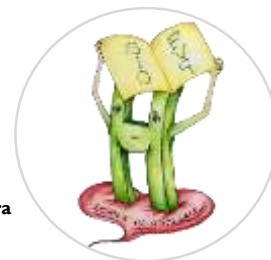
C.F. 90089480322 codice univoco: UFB9TI <https://icdantetrieste.edu.it/>

Scuola dell'Infanzia
M. Spaccini

Scuola Primaria
A. Padoa - N. Sauro

Scuola Secondaria di I grado
Dante Alighieri

Sezione Ospedaliera
IRCCS Burlo Garofolo



DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ COLLABORATORI ESTERNI/INTERNI

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Comune (o stato estero) di

nascita _____

Provincia di nascita _____

Codice fiscale _____

Codice identificativo estero _____

Indirizzo _____ n.

civico _____

Comune o stato estero di

residenza _____ C.A.P. _____

Provincia di

residenza _____ Telefono _____

Domicilio fiscale (solo se diverso dal precedente)

Indirizzo _____ n.

civico _____

Comune o stato estero di

residenza _____ C.A.P. _____

Provincia di

residenza _____ Telefono _____

E-

mail _____

P.E.C. _____

—

Cellulare _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

- Di essere titolare del seguente numero di Partita Iva

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E di emettere regolare fattura elettronica

- Di NON essere dipendente da altra Amministrazione

- Di essere lavoratore autonomo/libero professionista

- Di essere iscritto all'albo o elenco

professionale_____

- Di essere iscritto alla cassa o ente

previdenziale_____

- Di svolgere la seguente

professione_____

- 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 INPS (ex legge 335/95) e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4%

- Di essere dipendente di P.A. 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_____

Retribuito da_____ aliquota Irpef da applicare_____ %

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

• **OPZIONE 1. INCARICO PRESTAZIONE PROFESSIONALE**

con rilascio di regolare fattura elettronica, notula o parcella, non iscritti in via esclusiva alla gestione separata:

P.IVA N. _____

ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE_____

• **OPZIONE 2 INCARICO DI PRESTAZIONE OCCASIONALE DI LAVORO AUTONOMO**

(“redditi diversi” di cui all’art 67, comma 1 lettera I, del TUIR)

In relazione a quanto disposto dall’art. 44 c.2 legge 326/2003, in merito all’iscrizione alla Gestione sperata di cui all’art.2, comma 26 della legge 8 agosto 1995, n. 335 dichiara 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 euro 5000,00
- Non ha superato il limite annuo lordo di euro 5000,00 ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di _____

Il sottoscritto si obbliga a comunicare a questo Istituto, anche successivamente alla data odierna l’eventuale superamento de limite annuo lordo di euro 5000,00.

Il sottoscritto dichiara infine

- Di essere escluso da obbligo del contributo di cui trattasi in quanto alla data del 01/04/96 già pensionato con 65 anni di età e collaboratore autonomo
- Di essere iscritto alla seguente forma previdenziale obbligatoria quale:
-Pensionato
-Lavoratore subordinato

• **OPZIONE 3 COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA**

L’attività è svolta con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all’art. 2 c.26 L 08/08/95 n. 335 Ed il collaboratore è

- già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria o titolare di pensione diretta;
- non pensionato e non iscritto ad altra forma pensionistica obbligatoria.

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

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Coordinate bancarie in formato IBAN

ID NAZ	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO

CODICE SWIFT (BIC) OBBLIGATORIO PER C.C.

ESTERO_____

ISTITUTO

BANCARIO/POSTE_____

INDIRIZZO_____

—

INFORMATIVA AI SENSI DEL GDPR 2016/679

Ai sensi del GDPR 2016/679, si informa che l'Istituzione si impegna a rispettare la riservatezza delle informazioni fornite dal collaboratore: tutti i dati conferiti saranno trattati solo per le finalità connesse e strumentali alla gestione della collaborazione, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Data_____

Firma_____