

**Scheda ESPERTO ESTERNO**  
**Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà**  
**(Art. 47 DPR 28/12/2000, n° 445)**

***Al Dirigente Scolastico***  
***dell'Istituto Comprensivo di Tricesimo***

**Dati anagrafici:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via  
\_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ - e-mail \_\_\_\_\_.

**Progetto:** Progetti PTOF a.s. 2024/25

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

**DICHIARA**

- Di essere cittadino
- Di godere dei diritti politici
- Di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso, oppure

\_\_\_\_\_ e autorizza l'Istituto a richiedere il Casellario Giudiziale e il certificato di Carichi Pendenti

<input type="checkbox"/>	<b>Di essere DIPENDENTE MI specificare sede di servizio</b>
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"/>	<b>Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE</b> Specificare quale.
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)

Incarico per il quale e' prevista l'autorizzazione dell'ente di appartenenza :

Sì  No  (se non prevista specificare indicando che l'Ateneo/Ente di appartenenza ha regolamentato ciò ascrivendolo nel proprio Regolamento interno fra le attività esercitabili senza previa autorizzazione) \_\_\_\_\_

**Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA/DITTA INDIVIDUALE E DI RILASCIARE REGOLARE FATTURA ELETTRONICA**

Di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale e di emettere fattura con addebito del 2% a titolo di contributo integrativo o del 4% a titolo di rivalsa	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 applicare in fattura il regime dello split payment “Scissione dei pagamenti– Art. 17-ter del Dpr n. 633/1972”	SI	NO
In caso di non applicazione indicare il riferimento normativo: <input type="checkbox"/> art.12 del D.L. 87/2018 (professionisti soggetti a ritenuta d'acconto) <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	SI	NO

<input type="checkbox"/>	<b><u>Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE</u></b> - 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:	
<input type="checkbox"/>	<b>ha superato</b> il limite annuo lordo di <b>€ 5.000,00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>non ha superato</b> il limite annuo di <b>€ 5.000,00</b> ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € _____

**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 aliquote previste per l'anno 2024  
**COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI**

<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	previste da normativa vigente
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	previste da normativa vigente
<b>Liberi professionisti</b>		<b>Aliquote</b>
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	previste da normativa vigente
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	previste da normativa vigente

- 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. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<b>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</b>
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

di essere in regola col DURC

oppure

di non essere tenuto/a alla presentazione della certificazione di regolarità contributiva (DURC) per il seguente motivo :

- Non svolge attività d'impresa e pertanto non può produrre il DURC.
- Svolge attività di  libero professionista o  lavoratore autonomo senza dipendenti ed è in regola con i contributi dovuti alla propria cassa previdenziale.
- Svolge attività di impresa commerciale in forma individuale senza collaboratori e/o dipendenti e pertanto, non essendo soggetto/a all'iscrizione Inail, non può produrre il DURC.
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### **TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI**

*Al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art. 3 della legge n. 136 /2010, relativi ai pagamenti di forniture e servizi effettuati a favore della Pubblica Amministrazione, dichiara inoltre che gli estremi identificativi dei conti correnti "dedicati" ai pagamenti dei contratti sono:*

### **ESTREMI IDENTIFICATIVI**

- ISTITUTO DI CREDITO \_\_\_\_\_ AGENZIA DI \_\_\_\_\_

**- IBAN :**

.....

**GENERALITA' PERSONE DELEGATE AD OPERARE SUL PREDETTO CONTO CORRENTE  
(oltre il sottoscrittore):**

**NOME E COGNOME :** \_\_\_\_\_

C.F \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENTE A IN

**NOME E COGNOME :**

C.F

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

## RESIDENTE A IN

Il sottoscritto si impegna a:

- dare immediata comunicazione nel caso si verifichino variazioni rispetto a quanto dichiarato in forma scritta o per posta elettronica certificata al seguente indirizzo: [udic820009@pec.istruzione.it](mailto:udic820009@pec.istruzione.it) dell'IC di Tricesimo.

Si autorizza il trattamento e l'utilizzo dei dati ai sensi del D.lgs n.196/2003 sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, del D.Lgs. n. 101/2018 e ss.mm.ii. e del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati ("RGPD").

**Allega:**

- copia di documento d'identità in corso di validità e copia del codice fiscale.

Data,

Firma