

**ISTITUTO COMPRENSIVO 2 DI UDINE****Scheda esperto esterno  
ALLEGATO B****Dati anagrafici:**

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

**Titolo progetto / incarico:** \_\_\_\_\_

data di inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

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

**dichiara sotto la propria responsabilità**

- di essere **dipendente da altra Amministrazione Statale**:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 con aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) \_\_\_\_\_
- di NON essere dipendente da altra Amministrazione Statale;  
 richiamando la legge 335/95 art.2 comma 26:
  - di essere **lavoratore autonomo/libero professionista** in possesso di partita IVA n° \_\_\_\_\_ e di rilasciare regolare fattura;
  - 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 dell'INPS** (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con **addebito a titolo di rivalsa del 4%**.

\*\*\*\*\*

- di svolgere una **prestazione occasionale** soggetta a ritenuta in acconto (20%).  
 Dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 44 del D.L. 30/9/2003 N. 269, convertito con modificazioni nella L. 24/11/2003 n. 326 e della circolare Inps n 103 dei 6/07/04, 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.

Il sottoscritto dichiara infine:

- di essere escluso da obbligo del contributo di cui trattasi in quanto alla data del 1/04/96 già pensionato con 65 anni di età e collaboratore autonomo
- di essere iscritto alla seguente forma previdenziale obbligatoria, quale:
  - Pensionato
  - Lavoratore subordinato
  - di **NON** essere iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria

<sup>1</sup> Specificare quale. In ottemperanza al D. Leg.vo 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico.

- di essere iscritto alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi di essere assoggettato alle seguenti aliquote per l'anno **2021**:

<b>Liberi Professionisti</b>		<b>Aliquote</b>
•	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	<b>25,72%</b>
•	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24,00%</b>
<b>Collaboratori e figure assimilate</b>		
•	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	<b>34,23%</b>
•	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	<b>33,72%</b>
•	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24,00%</b>

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

**Notizie Professionali: si allega curriculum vitae.**

**Modalità di pagamento:**

- Bonifico Bancario presso: Banca \_\_\_\_\_

Sigla paese (2 caratteri)	Numeri di controllo (2 caratteri)	CIN (1 carattere)	ABI (5 caratteri)	CAB (5 caratteri)	C/C (12 caratteri)

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

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*parte riservata alla scuola\*\*\*\*\*

**I.C. 2 DI UDINE**

Dopo un'attenta valutazione del curriculum dell'esperto, **nulla osta** alla stipula del contratto.

Data, \_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Maria Elisabetta Giannuzzi**