

(Modello C)

DICHIARAZIONE NATURA COLLABORAZIONEAL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO II - UDINE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

In qualità di:

docente a tempo indeterminato in servizio presso _____
 docente a tempo determinato al 30/06 o 31/08/2022 in servizio presso _____
 estraneo all'amministrazione in quanto (specificare):

dipendente di altra pubblica amministrazione presso _____

lavoratore autonomo con partita IVA n. _____

altro: _____

CHIEDE

che il pagamento del corrispettivo dovuto sia effettuato sul seguente conto corrente:

ISTITUTO BANCARIO/POSTALE PER L'ACCREDITAMENTO E COORDINATE CONTO CORRENTE						
Intestatario del conto						
Istituto bancario				Comune		
<i>codice IBAN (riempire tutte le caselle)</i>	Cod. paese	Cod. controllo	CIN	ABI	CAB	N° conto corrente

Che la comunicazione fiscale venga recapitata presso la propria residenza/domicilio fiscale (cancellare la voce che non interessa):

Agli effetti della corretta individuazione della propria posizione fiscale e contributiva in relazione all'incarico nell'ambito del suindicato progetto, dichiara sotto la propria personale responsabilità:

(barrare e completare le caselle che interessano e cancellare le parti che non interessano)

di essere dipendente della Pubblica Amm. _____ con sede _____ in qualità di _____ tempo indeterminato/determinato, a tempo pieno/parziale al _____% (se superiore al 50% allega autorizzazione dell'amministrazione di appartenenza).

di essere estraneo all'Amministrazione dello Stato e, in tal caso, l'incarico nell'ambito del suindicato progetto si configura come:

- COLLABORAZIONE PLURIMA per la quale chiede l'applicazione dell'aliquota fiscale del _____%

LAVORO AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONALE, per il quale dichiara:

- che rientra nella propria attività abituale, è soggetto a fattura con bollo e IRAP a proprio carico
- di essere in possesso di partita IVA n. _____
- di essere iscritto alla cassa previdenziale di categoria _____ o alla gestione separata INPS con l'aliquota del _____% conteggiata in fattura

LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE, per il quale dichiara:

- che la prestazione sarà svolta senza alcun vincolo di subordinazione e non rientra nell'oggetto dell'abituale attività professionale
- che nell'anno in corso non ha superato la fascia di esenzione di € 5.000,00 per il reddito di lavoro occasionale anche con altri committenti
- che nell'anno in corso supera la fascia di esenzione di € 5.000,00 (la somma erogata dall'Istituto Comprensivo 2 – Udine supera la fascia di esenzione per l'importo di € _____)
- di avere / non avere altra copertura previdenziale presso l'Ente _____

di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previsti dalla normativa vigente.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione a quanto sopra dichiarato.

Data _____

firma _____