

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO 2 UDINE**

**Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del  
progetto dal titolo " \_\_\_\_\_"  
CUP: E29J21007400002**

***Dati anagrafici:***

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via  
\_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ - e-mail \_\_\_\_\_.

***Titolo progetto / incarico:***

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

\*\*\*\*\*

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

•	<b>Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE</b> Specificare quale. In ottemperanza al D. Lgs. 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) _____	

•	<b>Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA</b>		
N° Partita IVA		Iscritto all'albo professionale	
Di essere iscritto alla <b>gestione separata dell'INPS</b> (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con <b>addebito a titolo di rivalsa del 4%</b> .		SI	NO
Di essere iscritto alla <b>cassa di previdenza del competente ordine professionale</b> e di emettere fattura con addebito del <b>2% a titolo di contributo integrativo</b> .		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
•	<b>Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE</b> - soggetta a ritenuta d'aconto (20%)		

•	<b>Di essere</b> 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 <b>seguenti aliquote</b> per l'anno <b>2023</b>	
<b>Collaboratori e figure assimilate</b>		
•	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali <b>è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>	<b>Aliquote</b> <b>35,03%</b> (33,00 + 0,72 + 1,31 aliquote aggiuntive)
•	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali <b>NON è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>	<b>33,72%</b> (33,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntive)
•	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24%</b> (IVS)
<b>Professionisti</b>		
•	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	<b>Aliquote</b> <b>26,23%</b> (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva + 0,51 ISCRO)
•	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24%</b> (IVS)

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:

- **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.

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

•	<b>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</b>
Identificativo estero (obbligatorio)	
✉ <b>di avvalersi</b> 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);	
✉ <b>di NON avvalersi</b> della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale	

**Notizie Professionali:** Allegare Curriculum Vitae

**Pagamento tramite Bonifico Bancario:** Banca \_\_\_\_\_

Sigla paese	Numeri di controllo	CIN	ABI	CAB	C/C

Il sottoscritto si impegna a:

- dare immediata comunicazione nel caso si verifichino variazioni rispetto a quanto dichiarato;
- non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario.

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

Firma \_\_\_\_\_