

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO DI TOLMEZZO

**ESPERTO ESTERNO**  
**DICHIARAZIONE ANGRAFICA E FISCALE**

**Dati anagrafici:**

Cognome: QUAGLIA Nome GIULIA  
nato/a il 26/02/83 a Tolmezzo (Ud)  
residente a Sutrio (Ud) in via  
Monte Arvenis 20/B cap. 33020 Cell. 3294394887  
C.F. Q6LGGLI83B66L1956 - e-mail apprendimentostrategie@gmail.com

**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

**Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE** Specificare quale. In ottemperanza al D.

Leg.vo 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico.

D e n o m i n a z i o n e : \_\_\_\_\_

Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) \_\_\_\_\_

X

**Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA**

N° Partita IVA

Iscritto all'albo professionale

03027150303 m° 1333 FVG

Di essere iscritto alla **gestione separata dell'INPS** (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con **addebito a titolo di rivalsa del 4%**.

SI  NO

Di essere iscritto alla **cassa di previdenza del competente ordine professionale** e di emettere fattura con addebito del **2% a titolo di contributo integrativo**.

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)

E sente

IVA

a i

sensi

SI  NO

Soggetto a Ritenuta d'acconto del 20%

SI  NO

**Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE** - 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: **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 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 seguenti aliquote per l'anno 2018**  
**COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI:**

Collaboratori e figure assimilate	Aliquote
Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	<b>34,23%</b> (33,00 + 0,72 + 0,51 aliquote aggiuntive)
Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL	<b>33,72%</b> (33,00 + 0,72 aliquote aggiuntive)
Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24%</b>
Liberi professionisti	Aliquote
Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	<b>25,72%</b> (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva)
<input checked="" type="checkbox"/> Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24%</b>

di avere svolto la prestazione in nome e conto della Ditta sotto indicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso. Ragione Sociale: Istituto Comprensivo di Tolmezzo

Sede legale di Tolmezzo C.F./P.I. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

#### **Di essere \*RESIDENTE ALL'ESTERO**

Identificativo estero (obbligatorio)

- **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);;
- **di NON avvalersi** 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
IT	27	Z0305801604	1005	40980520	

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

Giovanni Quaglia