

MODELLO DI DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO IPPOLITO NIEVO
CINTO CAOMAGGIORE

Il sottoscritto _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ mail _____

In qualità di:

docente a tempo indeterminato in servizio presso _____

docente a tempo determinato al 30/06 o 31/08/20__ 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 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 I.Nievo di Cinto Caomaggiore 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.

Informativa privacy:

Si fa presente che alla pagina <https://icnievocinto.edu.it/privacy-reg-679-16/> sono reperibili tutte le informazioni sulla privacy ai sensi del Regolamento 679/2016.

Data _____

firma _____