

## ALLEGATO 5 - SCHEDA INFORMATIVA CONTABILE

**AVVISO procedura di selezione per il conferimento di incarichi individuali quali ESPERTI e TUTOR INTERNI/ESTERNI per n. 3 percorsi formativi sulla didattica digitale e n. 5 laboratori di formazione sul campo - PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE 4: ISTRUZIONE E RICERCA. Componente 1 – Potenziamento dell’offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università. – Investimento 2.1. Didattica digitale integrata e formazione alla transizione digitale del personale scolastico. Formazione del personale scolastico per la transizione digitale (D.M. 66/2023) - Titolo del progetto “DIGITAL EXPERIENCE”**  
**Codice Progetto: M4C112.1-2023-1222-P-38824 CUP: G54D23004280006**

Al Dirigente Scolastico  
dell’Istituto comprensivo “P.M. Pozza”  
di Lusiana Conco

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

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di **essere dipendente dell’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 d’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 del 6/07/04, che, alla data del \_\_\_\_\_, sommando i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da tutti i committenti nell’anno \_\_\_\_\_, 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/La sottoscritto/a 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.

<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. **Per le attività di formazione dirette ai dipendenti della pubblica amministrazione non è necessaria l’autorizzazione (art. 53 comma 6 lett. f-bis del DLgs 165/2001).**

Il/La sottoscritto/a dichiara infine:

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

\*\*\*\*\*

- che l'attività svolta è una **collaborazione coordinata e continuativa** con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi:
  - soggetta al contributo previdenziale del 20%, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria o titolare di pensione diretta;
  - soggetta al contributo previdenziale del 20% in quanto titolare di pensione diretta;
  - soggetta al contributo previdenziale del 27,72 % in quanto non pensionato e non iscritto ad altra forma pensionistica obbligatoria.

.....

- di avere svolto la prestazione in nome e conto della Ditta/Associazione/Ente sottoindicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso.

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Sede legale \_\_\_\_\_ C.F./P.I.  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### **Modalità di pagamento**

- Accredito su c/c postale n° \_\_\_\_\_;
- Bonifico Bancario presso: Banca \_\_\_\_\_  
(CODICE IBAN \_\_\_\_\_)

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_

FIRMA (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_