



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CAMISANO VICENTINO

Via Europa, 45 - 36043 Camisano Vicentino (VI)

Tel. 0444-610122 Fax 0444-410897

E-mail: viic864002@istruzione.it E-mail certificata: viic864002@pec.istruzione.it

Sito: www.ic-camisanovi.gov.it

C.M. VIIC864002

C.F. 80020490241

C.U. UFHIXQ

Dati anagrafici

Cognome: _____ Nome _____ nato/a il
_____ a _____ (____) residente a
_____ (____) in via _____ Cap.
_____ Tel. Fisso _____ Tel. Cell. _____ C.F.
_____ - e-mail _____

Titolo progetto / incarico: _____

data di inizio _____ data fine _____

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

dichiara sotto la propria responsabilità

☐ di **essere dipendente da altra Amministrazione Statale:** ¹

_____ con contratto _____

con aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____

L'ufficio al quale inviare i dati relativi all'anagrafe delle prestazioni è il seguente: _____

☐ 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 elettronica

☐ 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%) o altra aliquota _____

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 2023, 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.

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.

Il sottoscritto dichiara infine:

☐ di essere escluso da obbligo del contributo di cui trattasi in quanto alla data del 1/04/96 già pensionato con 65 anni di età e collaboratore autonomo

¹ Specificare quale. In ottemperanza al D. Leg.vo 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico.



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CAMISANO VICENTINO

Via Europa, 45 - 36043 Camisano Vicentino (VI)

Tel. 0444-610122 Fax 0444-410897

E-mail: viic864002@istruzione.it E-mail certificata: viic864002@pec.istruzione.it

Sito: www.ic-camisanovi.gov.it

C.M. VIIC864002

C.F. 80020490241

C.U. UFHIXQ

☐ di essere iscritto 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:

soggetto al contributo previdenziale del ____%, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria;

soggetto al contributo previdenziale del ____% in quanto titolare di pensione diretta;

soggetto al contributo previdenziale del ² [] ____% (fino a € _____) o del [] ____% (da € _____ fino a € _____), in quanto non pensionato e non iscritto ad altra forma pensionistica obbligatoria;

di avere svolto la prestazione in nome e conto della Ditta/Associazione sottoindicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso. Ragione Sociale: _____

_____ Sede legale _____ C.F./P.I.

_____ Tel. _____

Notizie Professionali: si allega curriculum vitae.

Modalità di pagamento:

☐ Con accredito sul c/c bancario/postale

Codice IBAN obbligatorio

PAESE	CIN EU	CIN IT	ABI	CAB	N. C/C

☐ In contanti presso l'Istituto Cassiere dell'I.C. Banca Monte dei Paschi di Siena;

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

Data, _____

Firma _____

*******parte riservata all'Istituto*******

ISTITUTO SCOLASTICO

Dopo un'attenta valutazione del curriculum dell'esperto, **nulla osta** alla stipula del contratto.

Data, _____

Stefania Bovis
Dirigente Scolastico

² Mettere una x in corrispondenza dell'aliquota da applicare.