

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del

Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto Ptof dal "Incontro con l'illustratrice"

Dati anagrafici:

Cognome: CECCHIN Nome FABIO nato/a il
08/12/1970 a BASSANO DEL GRAPPA (VI) residente a
BASSANO DEL GRAPPA (VI) in via MARTIRI DELLE
FOIBE, 7 Cap. 36061 Cell. 3925049578 C.F.
CCCFA70T08A703N - e-mail fabiocecchin70@gmail.com.

Titolo progetto / incarico: CORSO DI AGGIORNAMENTO UTILIZZO DEFIBRILLATORE

data di inizio 21/05/2025 data fine 21/05/2025

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. 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) _____

X	Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA
----------	--

N° Partita IVA										Iscritto all'albo professionale	
0	4	0	4	6	7	4	0	2	4	9	OPI VICENZA

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 .	X	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%	X	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 2024	
Collaboratori e figure assimilate	
☐	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL
	35,03% (33,00 + 0,72 + 1,31 aliquote aggiuntive)
☐	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali NON è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL
	33,72% (33,00 IVS + 0,72 aliquote aggiuntive)
☐	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria
	24% (IVS)
Professionisti	
☐	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie
	26,07% (25,00 IVS + 0,72 aliquote aggiuntive + 0,35 ISCRO)
☐	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria
	24% (IVS)

☐ 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. _____

☐	<u>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</u>
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 _____ ING DIRECT _____					
Sigla paese	Numeri di controllo	CIN	ABI	CAB	C/C
I T	1 9	G	0 3 4 7 5 0	1 6 0 5	C C 0 0 1 0 3 1 1 1 8 3

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, ____06/05/2025____

Firma _____