

Scheda notizie esperto

Dati anagrafici:

Cognome e nome

nato/a il _____ a _____ (_____)

residente a _____ (_____)

Cap. _____ Cell. _____

C.F. _____ - e-mail _____.

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 ALL'INTERNO DI CODESTO I.C.

Plesso: _____

Tempo Indeterminato Tempo determinato

Supplente breve da.....al.....

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: _____

Tempo Indeterminato Tempo determinato

Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____

Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA

N° Partita IVA	Iscritto all'albo professionale
	Da...../...../..... al...../...../.....

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) SI NO

Esente IVA ai 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 **2020**

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

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. _____

<input type="checkbox"/>	Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO
Identificativo estero (obbligatorio) _____	
<input type="checkbox"/>	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).;
<input type="checkbox"/>	di NON avvalersi della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale

Notizie Professionali: Allegare Curriculum Vitae e Carta di identità in corso di validità e qualora dipendente di altra P.A. allegare autorizzazione del Dirigente competente

Pagamento tramite Bonifico Bancario: Banca _____												
Sigla paese	Numeri di controllo		CIN	ABI				CAB		C/C		

Il sottoscritto si impegna a:

- dare immediata comunicazione nel caso si verificano variazioni rispetto a quanto dichiarato;
- non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui alla informativa pubblicata sul sito dell'Istituto.

Data, _____

Firma _____