

**Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto dal titolo**

**Dati anagrafici:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via

\_\_\_\_\_ 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**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/>   | <b>Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE</b> Specificare quale. In ottemperanza al D. Leg.vo 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) _____ |   |

|  |  |                                 |    |    |
|--|--|---------------------------------|----|----|
| <input type="checkbox"/>   | <b>Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA</b> |                                 |    |    |
| N° Partita IVA   |  | Iscritto all'albo professionale |    |    |
|  |  |                                 |    |    |
| Di essere iscritto alla <b>gestione separata dell'INPS</b> (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con <b>addebito a titolo di rivalsa del 4%</b> .                          |  |                                 | SI | NO |
| Di essere iscritto alla <b>cassa di previdenza del competente ordine professionale</b> e di emettere fattura con addebito del <b>2% a titolo di contributo integrativo</b> . |  |                                 | 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 |

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | <b>Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE</b> - 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:   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>ha superato</b> il limite annuo lordo di <b>€ 5.000,00</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>non ha superato</b> il limite annuo di <b>€ 5.000,00</b> 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. |  |

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/>                 | <b>Di essere</b> 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 <b>2019</b><br><b>COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI:</b> |
| <b>Collaboratori e figure assimilate</b> |   |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è <b>prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>   |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali <b>non è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>   |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria  |
| <b>Liberi professionisti</b>             |   |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie  |
| <input type="checkbox"/>                 | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria  |

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

**Notizie Professionali:** Allegare Curriculum Vitae

| <b>Pagamento tramite Bonifico Bancario:</b> Banca _____ |                     |  |     |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |  |
|---|---------------------|--|-----|-----|--|--|--|-----|--|--|-----|--|--|--|
| Sigla paese   | Numeri di controllo |  | CIN | ABI |  |  |  | CAB |  |  | C/C |  |  |  |
|   |                     |  |     |     |  |  |  |     |  |  |     |  |  |  |

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, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_