

ALLEGATO B
SCHEDE REGIME FISCALE

Rif. Bando Prot. n° _____

Dati anagrafici:

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

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

dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2009

DI ESSERE dipendente della scuola o di altra amministrazione Statale ¹ (Indicare la scuola da cui dipende o altra amministrazione statale da cui dipende) :

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

- DI NON ESSERE dipendente della scuola o di altra amministrazione Statale;**
 DI ESSERE pensionato della Scuola o di altra amministrazione Statale;
 DI NON ESSERE pensionato della Scuola o di 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%)
- di svolgere una **prestazione occasionale a regime forfettario**
- di svolgere una **prestazione occasionale a titolo gratuito**

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 € _____

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

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 dell' 1/04/96 già pensionato con 65 anni di età e collaboratore autonomo

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 _____% (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 sottoindicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso:

Ragione Sociale: _____

Sede legale _____ C.F. _____

Tel. _____

Notizie Professionali: si allega curriculum vitae.

Dichiarazione di Incompatibilità

Il sottoscritto dichiara di non trovarsi in nessun caso in stato di incompatibilità previsto dalle Linee Guida emanate dall'Autorità di Gestione MIUR con nota prot. N. AOODGEFID/1588 del 13.01.2016 e dalle Disposizioni e Istruzioni emanate dall'Autorità di Gestione MIUR con nota prot. N. AOODGEFID/2224 del 28.01.2016.

_____ lì __/__/____

Firma

Dichiarazione di Responsabilità

Il sottoscritto dichiara sotto la propria personale responsabilità che i dati indicati sono completi e veritieri. Si impegna a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione degli stessi ed è consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione comporta le responsabilità previste dalla normativa vigente.

_____ lì __/__/____

Firma

RICHIESTA MODALITA' DI PAGAMENTO e tracciabilita' dei flussi finanziari

il dichiarante chiede che il pagamento del compenso per le attività sia effettuato sul proprio conto corrente bancario o postale

| MODALITA' | B o P | Agenzia | IBAN |
|----------------------------------|--------------|----------------|-------------|
| Bonifico Bancario/Postale | | | |

FIRMA

Informativa ai sensi del D.Lvo 196/2003

I dati personali riportati sul presente modulo saranno inseriti nella banca dati dell'Istituto Comprensivo "A. Molinaro" e saranno utilizzati per il pagamento delle competenze spettanti e per gli adempimenti amministrativi, fiscali e contabili a cui è tenuto ad adempiere per l'incaricato preposto, nel pieno rispetto di quanto stabilito dal D.Lvo 196/2003 sulla tutela dei dati personali. Presta consenso al trattamento dei propri dati, ai sensi dell'art. 23, avendone ricevuta informativa, secondo quanto previsto dall'art. 13 del D.Lvo 30 giugno 2000. n°196

FIRMA
