

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |  | <p align="center"><b>ISTITUTO COMPRENSIVO ad INDIRIZZO MUSICALE</b><br/> <b>"GIUSEPPE VASI" - CORLEONE</b><br/>         Sede CTI Distretto 40 – Punto di erogazione CPIA PA2<br/>         Via Don Giovanni Colletto (Largo Dott. Angelo Badami)<br/>         C.F. 97326700826 - Codice Meccanografico PAIC8A900V<br/>         Tel. 091/84524320 – 0918467892 - FAX 091/8468154<br/>         PEC: <a href="mailto:paic8a900v@pec.istruzione.it">paic8a900v@pec.istruzione.it</a> - E-Mail: <a href="mailto:paic8a900v@istruzione.it">paic8a900v@istruzione.it</a> -<br/>         Web: <a href="http://www.icvasicorleone.edu.it">www.icvasicorleone.edu.it</a></p> |  |  |
|---|---|---|---|---|

**OGGETTO: PIANO NAZIONALE di RIPRESA e RESILIENZA (PNRR)**, riduzione dei divari territoriali e il contrasto alla dispersione scolastica, in attuazione della Missione 4 – Istruzione e Ricerca – Componente 1 – Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università – Investimento 1.4 “Intervento straordinario finalizzato alla riduzione dei divari territoriali nella scuola secondaria di primo e secondo grado e alla lotta alla dispersione scolastica” finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU (D.M.19/2024)

Titolo progetto: Insieme per ri\_trovarsi ...

Codice CUP: I64D21000490006

Identificativo progetto: M4C111.4-2024-1322-P-47266

Alla DIRIGENTE SCOLASTICA

All'Albo d'Istituto

Atti

Trasparenza

Sito web: [www.icvasicorleone.edu.it](http://www.icvasicorleone.edu.it)

**Progetto: “PNRR - Investimento 1.4 “Riduzione dei divari territoriali e il contrasto alla dispersione scolastica”**

SCHEDA NOTIZIE

per l'incarico figura esterna nell'ambito del **Progetto: “PNRR - Investimento 1.4 “Riduzione dei divari territoriali e il contrasto alla dispersione scolastica”**

**Dati anagrafici:**

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

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

(\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ - e-mail \_\_\_\_\_.

**Incarico di:**

Tutor esperto Plurime - Team per la prevenzione della dispersione scolastica

Tutor esperto Esterno - Team per la prevenzione della dispersione scolastica

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 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                           |

|  |  |
|--|--|
| <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"/>   | ha superato il limite annuo lordo di € 5.000,00  |
| <input type="checkbox"/>   | 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. |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <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 2018 |  |
| <b>COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI:</b> |   |  |
| <b>Collaboratori e figure assimilate</b>                                    |   | <b>Aliquote</b>  |
| <input type="checkbox"/>  | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL  | <b>34,23%</b><br>(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  | <b>33,72%</b><br>(33,00 + 0,72 aliquote aggiuntive)        |
| <input type="checkbox"/>  | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria  | <b>24%</b>   |
| <b>Liberi professionisti</b>  |   | <b>Aliquote</b>  |
| <input type="checkbox"/>  | Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie  | <b>25,72%</b><br>(25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva)    |
| <input type="checkbox"/>  | Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria  | <b>24%</b>   |

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"/> di <b>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"/> di <b>NON avvalersi</b> della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale  |  |

| 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.

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_