

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

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**

Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE 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) _____

Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA

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

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 **2018**

COLLABORATORI E FIGURE ASSIMILATE DIVERSI DAI LIBERI PROFESSIONISTI:

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 aliquota aggiuntiva)
<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	

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
