

		<p align="center"><b>ISTITUTO COMPRENSIVO ad INDIRIZZO MUSICALE</b>  <b>"GIUSEPPE VASI" - CORLEONE</b>          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: <a href="mailto:paic8a900v@pec.istruzione.it">paic8a900v@pec.istruzione.it</a> - E-Mail: <a href="mailto:paic8a900v@istruzione.it">paic8a900v@istruzione.it</a> -          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:**

Esperto interno

Esperto plurime

Esperto esterno

Tutor interno

Tutor plurime

Tutor esterno

**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) \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA</b>	
N° Partita IVA	Isritto 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

**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	<b>34,23%</b> (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> (33,00 + 0,72 aliquote aggiuntive)
<input type="checkbox"/> Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24%</b>
Liberi professionisti	Aliquote
<input type="checkbox"/> Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	<b>25,72%</b> (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. \_\_\_\_\_

**Di essere \*RESIDENTE ALL'ESTERO**

Identificativo estero (obbligatorio) \_\_\_\_\_

**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);

**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

\_\_\_\_\_