

SCHEDA ANAGRAFICA E CONTABILE ESPERTO

Dati anagrafici:

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

Titolo progetto / incarico: _____

data di inizio _____ data fine (anche presunta) _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000),

dichiara sotto la propria responsabilità

di **essere dipendente dalla scuola o da altra Amministrazione Statale** (indicare la scuola di appartenenza oppure l'amministrazione statale da cui dipende In ottemperanza al D.Lgs. n. 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico)

_____ con la qualifica di: _____

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

di **essere lavoratore autonomo ovvero libero professionista** in possesso di partita IVA numero: _____ e di rilasciare regolare fattura, come di seguito indicato (barrare la casella di interesse):

- 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** (Legge 335/95) e di emettere fattura con **addebito a titolo di rivalsa del 4%**.
- di svolgere una prestazione occasionale soggetta a ritenuta in acconto (20%).
- di essere contribuente soggetto al nuovo regime forfetario ex art. 1 Commi da 54 a 89 Legge 190/2014;

I titolari di partita IVA devono inoltre allegare :

- 1) dichiarazione sostitutiva DURC, onde consentire all'Amministrazione Scolastica verifica di regolarità o dichiarazione sostitutiva inerente la non obbligatorietà dello stesso;
- 2) dichiarazione ai fini della tracciabilità su modello dell'Istituzione.

di **essere lavoratore occasionale, di non essere titolare di partita IVA** e di emettere nota soggetta a ritenuta in acconto (20%).

dichiara, inoltre, che 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, 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 (cinquemila euro)
- non ha superato il limite annuo di € 5.000,00 (cinquemila euro ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € _____.

di essere lavoratore autonomo o libero professionista senza cassa ed iscritto alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi di essere assoggettato alle seguenti aliquote riportate in tabella:

Liberi Professionisti		Aliquote
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	25,72%
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24,00%
Collaboratori e figure assimilate		
<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)
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali è prevista la contribuzione aggiuntiva	33,72% (33,00+ 0,72)
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24,00%

La ripartizione dell'onere contributivo tra collaboratore e committente è stabilita nella misura rispettivamente di un terzo (1/3) e due terzi (2/3).

Per i liberi professionisti iscritti alla gestione separata l'onere contributivo è a carico degli stessi ed il versamento deve essere eseguito, tramite modello F24.

di svolgere 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. _____

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario/Postale presso: Banca/Posta _____

IBAN:

Sigla paese (2 caratteri)	Numeri di controllo (2 caratteri)	CIN (1 carattere)	ABI (5 caratteri)	CAB (5 caratteri)	C/C (12 caratteri)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare eventuali variazioni fiscali di quanto dichiarato **entro la data finale dell'incarico**, assumendosi ogni responsabilità; in caso contrario, esonera la scuola da qualsiasi controversia fiscale.

Data, _____

Firma
