## Dati anagrafici:

**Allegato B**

# (scheda esperto esterno)

Cognome: Nome nato/a il a ( )

residente a ( ) in via 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

## di essere dipendente da altra Amministrazione Statale:1

con aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio)

* di NON essere dipendente da 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%).

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 dei 6/07/04, 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.

Il sottoscritto dichiara infine:

* 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.
* 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.

## Modalità di pagamento:

 Bonifico Bancario presso: Banca

Sigla paese (2 caratteri)

Numeri di controllo

(2 caratteri)

CIN (1

carattere)

ABI (5 CAB (5 caratteri) C/C (12 caratteri) caratteri)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Il sottoscritto si impegna a non variare, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, quanto dichiarato, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario.

Data Firma

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