



## ISTITUTO COMPRENSIVO "LELE LUZZATI" MILLESIMO

Piazza Libertà – 17017 MILLESIMO (SV)

Tel. 019/564019-564048 – Fax 019/5600663

Cod. SVIC80200A – C.F. 92071100090 - Codice Univoco UFOKXC

e-mail [svic80200a@istruzione.it](mailto:svic80200a@istruzione.it) – e-mail pec [svic80200a@pec.istruzione.it](mailto:svic80200a@pec.istruzione.it) – [www.icmillesimo.edu.it](http://www.icmillesimo.edu.it)

Prot. n. (vedi segnatrice)

Millesimo, (vedi segnatrice)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IC MILLESIMO

**OGGETTO:** Scheda notizie esperto per l'affidamento dell'incarico di "RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" (RPD-DPO) della durata di 36 mesi a partire dal 01/10/2025.

### **Dati anagrafici:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ - e-mail \_\_\_\_\_.

**Incarico:** \_\_\_\_\_

data di inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**II/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. Lgs. 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 <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.

<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 <a href="#">seguenti aliquote</a> per l'anno <b>2024</b>	
Collaboratori e figure assimilate		Aliquote
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali <b>è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>	<b>35,03%</b> (33,00 + 0,72 + 1,31 aliquote aggiuntive)
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie per i quali <b>NON è prevista la contribuzione aggiuntiva DIS-COLL</b>	<b>33,72%</b> (33,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntive)
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	<b>24%</b> (IVS)
Professionisti		Aliquote
<input type="checkbox"/>	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	<b>26,07%</b> (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva + 0,35 ISCRO)
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica	<b>24%</b>

	obbligatoria	(IVS)
--	--------------	-------

☐ 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><u>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</u></b>
Identificativo estero (obbligatorio)	
<input type="checkbox"/> <b>di 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"/> <b>di NON avvalersi</b> della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale	

**Notizie Professionali:** Allegare Curriculum Vitae

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 verifichino 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 \_\_\_\_\_