



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 – e-mail pec svic80200a@pec.istruzione.it – www.icmillesimo.edu.it

Prot. n. (vedi segnatura)

Millesimo, (vedi segnatura)

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 _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, **DICHIARA**

<input type="checkbox"/>	Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE 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"/>	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

<input type="checkbox"/>	Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE - soggetta a ritenuta d'aconto (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:	
<input type="checkbox"/>	ha superato il limite annuo lordo di € 5.000,00
<input type="checkbox"/>	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"/>	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 <u>seguenti aliquote</u> per l'anno 2024
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
	35,03% (33,00 + 0,72 + 1,31 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 IVS + 0,72 aliquota aggiuntive)
<input type="checkbox"/>	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria
	24% (IVS)
Professionisti	
<input type="checkbox"/>	26,07% (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva + 0,35 ISCRO)
<input type="checkbox"/>	24% Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica

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. _____



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

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 _____