



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
DELL'I.C. LELE LUZZATI MILLESIMO

ALLEGATO D: Scheda Fiscale per l'incarico nell'ambito del progetto Fondi Strutturali Europei – Programma Nazionale "Scuola e competenze" 2021-2027 – Priorità 01 – Scuola e competenze – Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) – Obiettivo Specifico ESO4.6, Azione ESO4.6.A1 – Sotto azione ESO4.6.A1.B, interventi di cui al decreto del Ministro dell'istruzione e del merito n. 176 del 9 settembre 2025, Avviso prot.n. 55669 del 10/03/2026 – Agenda Nord – Anno scolastico 2025-2026 e 2026-2027.

CNP ESO4.6.A1.B-FSEPN-LI-2026-98

CUP F54D26001160007

FINANZIAMENTO € 99.441,00

Dati anagrafici:

Cognome: _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ (_____)

residente a _____ (_____) in via _____

_____ Cap. _____ Cell. _____

C.F. _____ e-mail _____

Incarico _____

Periodo dell'Incarico _____

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.

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) _____

☐	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

☐	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 <u>seguenti aliquote</u> per l'anno 2024	
Collaboratori e figure assimilate		Aliquote
☐	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)
☐	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)
☐	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24% (IVS)
Professionisti		Aliquote
☐	Soggetti non assicurati presso altre forme pensionistiche obbligatorie	26,07% (25,00 IVS + 0,72 aliquota aggiuntiva + 0,35 ISCRO)
☐	Soggetti titolari di pensione o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria	24% (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. _____

☐	<u>Di essere *RESIDENTE ALL'ESTERO</u>
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 _____