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)
ALLEGATO D

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. LELE LUZZATI MILLESIMO

Scheda Fiscale di esperto interno/altre II.SS./esterno per il reclutamento di n. 1 figura professionale "PSICOLOGO" in possesso di specifiche professionalità per l'affidamento di un servizio di sportello psicologico per gli alunni – A.S. 2026-2027.

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	SI	NO

di emettere fattura con addebito del **2% a titolo di contributo integrativo**.		
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 seguenti aliquote 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. _____

☐	**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

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

_____