**DICHIARAZIONE DEL PERSONALE ESTRANEO ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

**DICHIARAZIONE A CURA DEL COLLABORATORE**

(da allegare al Progetto n deliberato dal C.I. in data ) Cognome

Nome

nato a il residente in Prov. Cap

Via Tel

C.F.

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità

* di essere dipendente da altra Amministrazione Statale: ;
* che l'attività svolta è soggetta all’aliquota massima IRPEF pari a %
* di non essere dipendente da altra Amministrazione Statale;
* di essere in possesso di partita IVA n. , in qualità di lavoratore autonomo/libero professionista e di rilasciare regolare fattura e pertanto:
* 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 non essere in possesso di partita IVA e che l'attività svolta è una prestazione occasionale, soggetta a ritenuta d'acconto 20% e pertanto fa presente di:
* non percepire compensi nel corso dell'anno solare superiori a 5 mila euro ( anche con più committenti);
* di non prestare attività per un periodo superiore a 30 giorni con lo stesso committente;
* di percepire compensi nel corso dell'anno solare superiori a 5 mila euro (con più committenti) e quindi di essere:
* o soggetto al contributo previdenziale del 17,80% (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);
* soggetto al contributo previdenziale del 10%, in quanto già assogettato a contribuzione previdenziale obbligatoria;
* che l'attività svolta è una collaborazione coordinata e continuativa (lavoro a progetto) con iscrizione alla gestione separata INPS di cui all'art.2, c.26, L.08/08/95, n.335 e quindi:
* soggetto al contributo previdenziale del 17.80% ( non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);
* soggetto al contributo previdenziale del 10%, in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria;
* di avere svolto la prestazione in nome e conto della struttura sottoindicata alla quale dovrà essere corrisposto il compenso:

Ragione Sociale: Sede legale: C.F.

Partita IVA

Modalità di pagamento:

Bonifico bancario presso:

Banca fil CIN IT C/C n. ABI CAB

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

Data

Firma,

Compilare, firmare, scansionare e inviare a pgee06000l@istruzione.it